

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

N°

205

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

PAR

Ryfka-Irène OPOLON

Née le 4 janvier 1904, à Varsovie (Pologne)

Présentée et soutenue publiquement le 25 juin 1943

SUR LA CONDITION SOCIALE DES MALADES MENTAUX

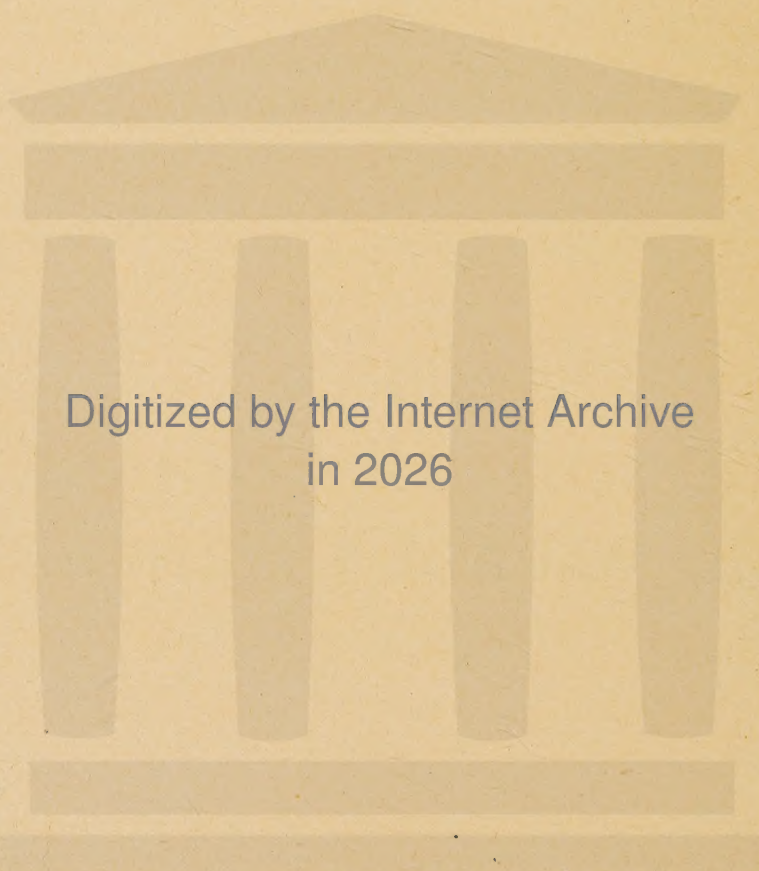
Président : M. DUVOIR, Professeur.

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1943



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **OPOLON.**

Prénoms : **Rifka-Irène.**

Nom de jeune fille : **LICHTENBERG.**

Date de la soutenance : 25 juin 1943.

Numéro d'ordre :

1

OPOLON (Rifka-Irène). — Sur la condition sociale des malades mentaux. — *Paris*, Maloine, édit., 1943, in-8°, 120 p.

(*Th. méd. (Et.)*, *Paris*, 1943, N°)

2

OPOLON (Rifka-Irène). — Sur la condition sociale des malades mentaux. — *Paris*, Maloine, édit., 1943, in-8°, 120 p.

(*Th. méd. (Et.)*, *Paris*, 1943, N°)

3

OPOLON (Rifka-Irène). — Sur la condition sociale des malades mentaux. — *Paris*, Maloine, édit., 1943, in-8°, 120 p.

(*Th. méd. (Et.)*, *Paris*, 1943, N°)

4

OPOLON (Rifka-Irène). — Sur la condition sociale des malades mentaux. — *Paris*, Maloine, édit., 1943, in-8°, 120 p.

(*Th. méd. (Et.)*, *Paris*, 1943, N°)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Ryfka-Irène OPOLON

Née le 4 janvier 1904, à Varsovie (Pologne)

Présentée et soutenue publiquement le 25 juin 1943

SUR LA
CONDITION SOCIALE
DES MALADES MENTAUX

Président : M. DUVOIR, Professeur.

LIBRAIRIE MALOINE

Société anonyme d'Éditions Médicales et Scientifiques

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1943

LE DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

ROUVIÈRE.
Léon BINET.
STROHL.
POLONOVSKI.
GASTINEL.
BRUMPT.
BAUDOUIN.
CHABROL.
PETIT-DUTAILLIS.
LEROUX.
CHAMPY.
TIFFENEAU.
AUBERTIN.
N...
DUVOIR.
LIAN.
Henri BENARD.
CHIRAY.
ABRAMI.
FIESSINGER.
HARVIER.
PASTEUR-VALLERY-
RADOT.
CATHALA.
Robert DEBRÉ.
LÉVY-VALENSI.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
LEMIERRE.
CADENAT.
BROCQ.
QUÉNU.
MONDOR.
VELTER.
CHEVASSU.
N...
N...
PORTES.
MOCQUOT.
LEVEUF.
LOEPER.
LEMAITRE.
SÉNÈQUE.
M. VILLARET.
TROISIER.
MATHIEU.
DONZELOT.
Clovis VINCENT.
N...
DOGNON.
GIROUD.
HAZARD.
JAYLE.
JOANNON.
OLIVIER.
VERNE.

Anatomie
Physiologie
Physique médicale
Chimie médicale
Bactériologie
Parasitologie et histoire naturelle médicale
Pathologie et thérapeutique générales
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie
Pathologie expérimentale et comparée
Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique thérapeutique médicale
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique
Clinique de la tuberculose
Clinique chirurgicale orthopédique
Clinique de cardiologie
Clinique de neuro-chirurgie
Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY..... Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne.) Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin.) Hydrologie.
BONNET Bactériologie.
BOULIN..... Pathologie médicale.
BROUET..... Pathologie médicale.
BULLIARD.... Histologie.
CACHERA..... Pathologie médicale.
CORDIER..... Anatomie.
COSTE..... Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger). Urologie.
DELARUE Anatomie pathologique.
DELAY Pathologie médicale. *
DEGREZ (H.).. Physique.
DESOILLE..... Médecine légale.
DIGONNET Obstétrique.
DOGNON Physique.
FEVRE Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
cale.
M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
thologique.

MM.

GALLIARD Parasitologie.
GARCIN Pathologie médicale.
DE GENNES... Pathologie médicale.
HAGUENAU... Pathologie médicale.
LACOMME.... Obstétrique.
LANTUÉJOUL. Obstétrique.
LAVIER Parasitologie.
LELONG Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expérimentale.
LENÈGRE Pathologie médicale.
M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
MARCHAL Pathologie médicale.
MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
MOLLARET... Pathologie médicale.
MOUQUIN.... Pathologie médicale.
PATEL Pathologie chirurgicale.
RENARD..... Ophtalmologie.
RICHET..... Physiologie.
SICARD Pathologie chirurgicale.
SOULIE Pathologie médicale.
SUREAU..... Obstétrique.
TURPIN..... Pathologie médicale.
WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
CHAILLEY-BERT Physiologie.
GUÉNIOT..... Obstétrique.
HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.
HUGUENIN..... Anatomie pathologique.

MM.

LE LORIER..... Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
PIÉDELIÈVRE .. Médecine légale.
VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE...	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
BRULÉ		GATELLIER...	
CHEVALLIER....		de GAUDART	
LAROCHE Guy....		d'ALLAINES	
MOREAU		MOULONGUET	
SÉZARY		MOURE	

MM.	
ECALLE.....	Clinique obstétricale.
VIGNES.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MON MARI ET A NOTRE FILS

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVOIR

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR J. VIE

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

*Qui nous a inspiré le sujet de ce travail,
nous a aidé de ses conseils et qui n'a jamais
cessé de nous témoigner sa bienveillance.
Hommage de notre reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. BEAUDOIN

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

SUR LA CONDITION SOCIALE DES MALADES MENTAUX

INTRODUCTION

Conçues et étudiées initialement sous le signe de l'hérédité, les maladies mentales étaient vouées à la décourageante conception d'une irrémédiable fatalité. Introduite par KRETSCHMER, la notion des constitutions, tout en gardant l'importance des facteurs héréditaires, laisse plus de marge à l'imprévu, partant au modifiable ou à l'influencable. Les idées modernes sur le terrain et les facteurs qui le façonnent, sur les diathèses, présentent un double avantage : 1^o elles offrent plus de prise à l'étude des phénomènes, donc à leur connaissance, d'ailleurs toute relative et éventuelle ; 2^o elles assignent une place assez importante aux facteurs exogènes dans la genèse ou dans l'évolution, soit de l'affection, soit de la prédisposition et permettent ainsi d'envisager des thérapeutiques nouvelles.

En effet, la maladie est un phénomène biologique qui a ses répercussions sociales, et cela est encore plus vrai en médecine mentale, car la maladie frappe et mutilé sa victime dans ses fonctions sociales. Même en médecine tout court, il est difficile de considérer le malade comme le personnage central d'un tableau, découpé du fond d'un paysage ; l'homme ne peut se détacher du panorama social, car, entre lui et son ambiance, une multiplicité de connexions, de contacts vitaux est établie que l'on ne peut rompre, sous peine de fausser les données du problème.

Les sociologues, avec l'école durkheimienne, étaient les

premiers à signaler l'étroit rapport du social et du psychopathologique. Etudiant le problème du point de vue général et plutôt philosophique, ils vont jusqu'à attribuer au social, à la fois vague et divin, le pouvoir de créer les fonctions mentales supérieures, voire de les détruire. Les controverses soulevées par la question du suicide dans le monde scientifique, sont encore présentes dans l'esprit de tous, et qui transposent, dans le domaine du psychopathologique, la fameuse querelle du Cid. Les complexes, les refoulements, la censure, chers aux disciples de Freud, quand ils ne se limitent pas d'une manière étroite et exclusive au domaine sexuel, illustrent l'ingérence du social dans la formation des formes normales et aberrantes du psychisme.

De même, les grandes perturbations de la vie sociale révèlent également la corrélation entre les deux ordres de phénomènes : guerre, migrations, révolutions, sinistres et catastrophes sociales de toutes sortes, entraînent à leur suite un cortège des psychoses réactionnelles aiguës, et conditionnent peut-être, entre autre, des différences de structures psychiques entre générations.

Les maladies chroniques de la vie sociale moderne, tel le chômage, font apparaître des troubles, quelquefois latents et préexistants, mais plus profonds et plus insidieux et qui affectent avec une gravité accrue la vie psychique dans ses structures essentielles.

Pour le médecin-aliéniste, quels qu'en soient les tenants, les aboutissants de ces troubles sont toujours d'ordre social. Son expérience journalière le place devant des responsabilités médico légales, devant les problèmes de la vie quotidienne de ses malades. A l'entrée du malade, lors de son séjour à l'établissement, et surtout à la sortie, le médecin prend contact avec le milieu de son client. Il est à même de constater que la vie familiale, professionnelle, etc... de l'anormal est anormale, et pas toujours,

pas exclusivement, du fait du malade lui-même. Il peut donc étudier la matière qui s'offre à lui sous la double incidence du social et du psychopathologique.

Mais à l'encontre du sociologue, il s'abstient de généraliser. La stricte discipline de son métier lui indique de circonscrire le terrain de ses investigations et de s'attaquer à des problèmes nettement délimités. L'expérience montre que même ainsi posés, ils débordent singulièrement les cadres que nous nous imposons volontairement.

C'est cette attitude qu'ont adopté LAIGNEL-LAVASTINE, COURBON, VINCHON, notre maître J. VIE et tant d'autres en étudiant le chômage, la vie des anciens et vieux malades, la sociabilité résiduelle, la néo-sociabilité.

Suivant cet exemple, nous nous proposons, dans notre thèse, d'étudier les conditions de vie d'un certain nombre de nos malades, en centrant notre étude sur les institutions sociales fondamentales, tels que la famille, le mariage, le travail. Nous avons choisi cette méthode de travail de propos délibéré. En effet, pour la commodité et la clarté de cette étude, un double système de référence nous a paru nécessaire : d'un côté, les institutions sociales, de l'autre, les conduites psycho-sociales fondamentales.

En effet, l'homme adulte, fait et tout à fait normal, est une entité théorique, un concept normatif. De cet être sociable, socialisable, et non pas d'emblée socialisé, il convient d'étudier les fondements de la personnalité qui sont bio-psycho-sociaux, suivant l'expression de JANET.

La personnalité se construit au moyen des conduites. Les conduites les plus élémentaires s'élaborent par rapport au milieu biologique. « La psychologie, dit JANET, commence avec les mouvements extérieurs des corps vivants », c'est déjà un rudiment de la vie de relation.

En rapport avec la régulation des mouvements apparaît le problème de la régulation des dépenses de force, et avec

lui, une prise de position affective par rapport à la tâche à accomplir, économie, gaspillage, échec, réussite.

Pour les conduites proprement sociales, dont nous empruntons le classement à JANET, c'est l'ambiance sociale qui constitue le milieu biologique. C'est par rapport à elle que s'établissent les courants d'échanges, les prises de position affective, la prise de conscience qui seule permet la substitution d'échelle de valeurs rationnelle à un étalon de mesure affectif et subjectif.

Nous grouperons les conduites de JANET en deux catégories :

1^o celles qui achèvent la structure intérieure : ce sont les conduites d'individualité, du secret. C'est à propos de ces conduites que JANET parle de l'importance de l'activité ludique de l'enfant, de la valeur constructive du jeu au personnage, prélude à la construction de la personnalité. Nous la retrouverons dans certains arrêts d'évolution ;

2^o les conduites qui règlent les rapports de l'individu avec l'autrui, le non-moi : les conduites intentionnelles, c'est-à-dire réactionnelles aux intentions d'autrui ;

3^o les conduites qui posent le problème des rapports de l'individu et du groupe, problème à double face, puisqu'il suppose l'intégration psychique de l'individu au groupe, et que les cadres sociaux fournissent à l'individu le champ d'exercice de ses forces psychiques, l'aire de projection de sa personnalité ; ce sont notamment les conduites d'action et de progression. Car, d'après JANET, c'est de l'intersection de l'individuel et du social que l'action reçoit son existence, sa valeur extrinsèque, et aussi sa direction. L'ensemble des conduites qui sont l'expression sociale de la personnalité, n'est pas qu'un lâche faisceau d'attitudes et d'actions. Les conduites reçoivent leur cohésion de la conscience et de l'action individuelles, et du système d'expression et d'abstraction qui sont collectives. De là

l'origine de la conduite de progression, le goût de l'effort de faire intervenir l'homme dans le déterminisme de la vie.

Les éléments constructeurs des conduites sont l'ambiance naturelle et les institutions sociales. A elles seules, elles déterminent quelquefois une prise d'attitude correcte ou vicieuse. En relevant les perturbations des conduites chez nos malades, nous rechercherons d'une part, les conditions de vie et les relations sociales anormales de leur existence, de l'autre, nous nous efforcerons d'établir, si le point de départ de ces perturbations réside principalement dans la mentalité morbide du sujet dans le dérèglement de tel ou tel autre élément de leur ambiance sociale.

Nous chercherons, dans la mesure de nos moyens, d'établir la part des responsabilités sociales dans les prises d'attitudes vicieuses, puisque la prise d'attitude correcte est la condition préalable de la formation des conduites normales qui, seules, pourront déterminer un comportement social adéquat à la tâche et à la place de l'individu.

Certaines structures psychiques tronquées ou régressives seront examinées en rapport avec le milieu, quelquefois défavorable à la croissance et à l'évolution psychiques normales.

De même, l'attitude vicieuse, la conduite troublée devenant à leur tour le point de départ d'une activité à rayonnement social, on cherchera à en étudier les répercussions dans l'ambiance familiale, professionnelle, etc...

Nous étudierons nos sujets suivant le cours chronologique de leurs existences, puisque l'évolution sociale de l'individu est conditionnée tout d'abord par son évolution organique, et à travers les principales institutions et éléments de la vie sociale et du milieu. Les deux systèmes de références coïncident d'ailleurs, car c'est au moment donné de son évolution que l'on doit affronter la famille, l'école, le régiment, etc. Ainsi le mariage, la maternité

marquent à la fois une étape de l'évolution sociale et biologique.

Le matériel humain de cet ouvrage nous a été fourni par les malades femmes de la V^e section de l'Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche que nous avons eu à soigner lors de notre internat dans cet établissement. Le mode de recrutement des malades de cet asile où sont dirigés les mentaux du département de la Seine nous a mis à même d'étudier les incidences réciproques de la psychopathie et des conditions de vie dans les grands centres urbains.

CHAPITRE I

De l'origine.

- I. Quelques données statistiques.
- II. Anatopiques. Ruraux de passage.
- III. Déracinés, transplantés.

QUELQUES DONNÉES STATISTIQUES

Origine. — Sur le nombre total de 441 malades, il y a 201 sujets originaires de Paris ou des départements limitrophes (Seine, Seine-et-Oise) que nous avons groupés ensemble, étant donné la relative similitude du mode de vie et de l'organisation du travail de cette région centrale, plus ou moins marquée par l'industrialisme. Les originaires des autres départements occupent la même place, quant à leur importance numérique. Les étrangers y sont représentés au nombre de 24 ; 15 malades sont d'origine indéterminée, soit 45,5 % de Parisiens, autant de provinciaux, 5,4 % d'étrangers et 3 % d'indéterminés.

Diagnostic. — Nous ne relèverons que les chiffres concernant les grandes entités nosologiques dans l'ordre de leur fréquence relative. La psychose hallucinatoire chronique vient en tête de liste, avec 78 cas, soit 19 % ; l'épilepsie figure pour 69 cas et 15 % du nombre total de malades ; les arriérations mentales sont au nombre de 45 cas, viennent ensuite les psychoses périodiques : 30 malades et 7,33 % ; les séniles : 27 cas, soit 6,5 %.

Situation démographique. — Parmi nos malades 203 sont célibataires, 128 mariées, 66 veuves, 39 séparées ou

divorcées. Le nombre de célibataires et de femmes séparées ou divorcées est beaucoup plus important que dans la population présumée normale.

Le petit tableau ci-dessous illustre la répartition des célibataires, mariées, etc... en rapport avec une affection mentale donnée.

	Total	Céli- bataires	Div. sép.	Mariées	Veuves
		%	%	%	%
Psychose hallucinatoire chronique	78	22-28,2	5-6,3	32-41,1	19-24,3
Epilepsie.....	69	45-65,1	4-6,8	11-15,9	9-13
Démence précoce.....	62	43-69	2-3,2	14-22,5	3-4,8
Arriérées.....	39	36-92,3	1-2,5	2-5,1	—
Psychose périodique....	30	9-30	1-3,3	14-46,5	6-20
Séniles.....	27	8-29,5	3-11	10-37	6,22

Le grand nombre de célibataires s'explique partiellement par la concentration des épileptiques dans deux pavillons de notre service. En effet, les arriérations profondes excluent d'emblée toute possibilité de vie sociale et familiale normale ; il n'en est pas de même chez les débiles légères ou les comitiales moyennes. C'est surtout l'âge auquel survient l'internement, c'est-à-dire l'exclusion de la vie normale, qui les éloigne du mariage.

L'âge du début des troubles intervient dans la destinée sociale des malades. L'interprétation des chiffres réunis par BERSOT aboutit à la même conclusion (7), d'après cet auteur les oligophrénies nécessitent l'internement avant 20 ans, de même les épilepsies et les psychopathies constitutionnelles. Voilà pour les célibataires par nécessité. Les schizophrènes entrent à l'asile entre 20 et 30 ans. Le paranoïa n'a pas d'âge électif. La manie et la dépression

sont assez tardives, la malade a eu le temps, la possibilité de mener une vie normale.

Les épileptiques rentrées à l'asile assez tardivement sont quelquefois mariées mais leurs vies conjugales se soldent souvent par un échec. Elles fournissent un important pourcentage de divorcées et de séparées.

De même, les démentes précoces sont le plus souvent célibataires, les psychoses hallucinatoires chroniques sont mariées, souvent mères de famille. Elles mènent longtemps une vie normale. Les liens affectifs qui les unissent à leur communauté familiale sont puissants, même si le délire en modifie le cours et renverse le sens. Les chiffres confirment donc, suivant notre Maître J. VIE l'opposition voire la dualité des deux affections, à savoir la Par. chronique et la Démence précoce 51,3 %.

Les troubles du caractère empêchent une vie sentimentale normale chez les arriérés, chez les déséquilibrés. Les démences paranoïdes sont les grandes déséquilibrées, séparées et divorcées.

Le tableau ci-joint indique la proportion de mères chez nos arriérés P. H. CH. Les D. P., les épileptiques et les psychoses périodiques.

	Total	Mères de famille		
			%	
Arriérés.....	39	11	28,4	4
Psychose mentale chronique....	78	64	82	1
Démence précoce	62	15	24,1	5
Epilepsie	69	22	31,9	3
Psychose périodique	30	6	53,3	2
	259	118		
Séniles.....	27	17	63	

Les chiffres confirment encore une fois les données de l'observation : les P. H. CH. sont mères de famille dans une très forte proportion. Les paranoïdes viennent ensuite. Cependant, leur comportement diffère de celui des malades de la catégorie précédente. Alors que les hallucinées restent le plus souvent passionnément attachées à leurs enfants, les paranoïdes deviennent mères par passivité ou amoralité qui président à leur vie sexuelle désordonnée, mais se désintéressent le plus souvent de leur progéniture. Elles entrent dans la catégorie des malades (bourreaux domestiques) dont DUBLINEAU a étudié le comportement.

Les épileptiques et les arriérés manquent quelquefois de sens moral, le plus souvent de discernement.

Si nous confrontons maintenant nos malades avec leurs responsabilités dans le domaine du travail, nous constaterons soit un certain parallélisme entre les deux séries de comportements : incapacité professionnelle allant de pair avec des perturbations des conduites familiales ou conjugales, soit, au contraire le sujet accuse un déficit dans une sphère élective, sans trop de préjudice pour les autres zones de sa vie sociale.

Les arriérations profondes ne sont pas compatibles avec le travail. Les débiles et les épileptiques ont une capacité de travail très restreinte, une ère d'activité très limitée. Quant aux démentes précoces, et aux schizophrènes, leurs aptitudes et leur rendement professionnel sont difficiles à évaluer d'une manière générale ; il y a lieu avant de se prononcer, de tenir compte du fonds mental, plus ou moins riche, de certaines affinités électives, et surtout du degré de la désintégration psychique. Les psychoses hallucinatoires chroniques entâment peu la capacité professionnelle, mais rendent souvent pratiquement impossible l'exercice du métier. Les paranoïdes fournissent un fort contingent de travailleuses médiocres indisciplinées.

Il y a donc toute une gamme d'incapacités sociales, depuis les légères déficiences du rendement ou petites bizarreries du comportement jusqu'à l'incapacité professionnelle totale, jusqu'à l'insociabilité morbide nécessitant un mode de vie particulier.

En dehors de conditions de vie, c'est la loi des âges de Truelle, de de Clérambault, confirmée récemment par les chiffres de Bersot, qui détermine la destinée sociale de nos malades. En effet, chaque âge a ses formes électives d'affections mentales, et *vice-versa*, chaque affection se manifeste de préférence à une époque déterminée de l'existence. Il va donc de soi que la psychose hallucinatoire chronique offre plus de chance de vie sociale normale que la démence paranoïde, la première étant par excellence la maladie de la ménopause, la seconde se manifestant vers la trentaine.

De même telle ou autre structure psychique considérée comme normale présente un terrain plus ou moins favorable à une affection mentale donnée, du fait même de sa morphologie, psychologique. Il en résulte une indication d'hygiène et de prophylaxie mentale, quant au choix du régime de la vie. De là, découle également l'importance de l'étude systématique des comportements fondamentaux (amorcée par VIÉ et SUTTEL), dans leurs cadres sociaux respectifs. Cette méthode permettrait de dépister précocement les mentalités prépsychosiques.

Dans ce chapitre nous n'avons fait que citer quelques chiffres, à titre d'indication générale; nous étudierons ultérieurement les rapports entre l'état mental du sujet, son comportement et le panorama social qui l'environne.

ANATOPIQUES. RURAUX DE PASSAGE

La fréquence des troubles mentaux parmi les émigrés, déracinés, transplantés, a suscité une abondante litté-

ture scientifique. Deux thèses opposées s'affrontent, qui semblent chacune déceler une part de vérité. Pour les uns, la maladie est à la base de l'émigration, et surtout de la migration. Elle suppose une instabilité, une non-adhé-sivité au milieu morbide. Pour les autres, fait social com-plexe, l'émigration pose de nombreux problèmes. Le chan-gement des conditions de l'existence entraîne la rupture du niveau et du mode de vie antérieurs et demande un effort psychique qui n'est pas à la portée de tout le monde. C'est dans ce sens que conclut COURBON, en parlant de l'anato-pisme mental. Les anatopiques ne sont pas de vrais malades, leur mentalité est normale, mais étrangère à la collectivité donnée de par la formation et par les aptitudes sociales dif-férentes. Le climat social étant différent, les conduites s'avèrent inadéquates, d'où perturbation du comportement.

OBSERVATION N° 1.

Mme N... Marie est une paysanne fruste de l'Ardèche. En été 1942, elle vient à Paris pour réaliser une affaire de pla-cement d'argent pour le compte de quelques fermiers de son pays. Il s'agit d'une de ces propositions de placement mirifique que la 4^e page de journaux offre à la crédulité du public, sous la forme de quelque devinette puérile. Ayant réussi à ce concours de devinette, les amis de Mme N... décident de destiner 60.000 fr. à l'achat de papiers de valeurs et envoient Mme N... à Paris chercher le premier paquet d'actions.

Elle réussit à traverser la ligne de démarcation, dont elle ignore l'existence même. A Paris, demande aux agents des renseignements absurdes sur le siège et l'adresse de la société inexistante, bien entendu. Son allure étrange, l'incohérence de son langage, son air égaré la conduisent à l'Infirmierie Spéciale du Dépôt.

A l'hôpital, l'on constate une bouffée délirante d'excita-tion, en rapport avec les circonstances de son odyssée, assez rapidement calmée, un fond de débilité, peut-être des

bribes de quelque vague P. H. chronique évoluant à bas bruit et tout à fait compatible avec sa vie et ses occupations de paysanne. Tout autant que les consignes et les lois générales du pays, le règlement et le mode de vie à l'asile échappent à son entendement, comme si elle manquait de moyens organiques de les percevoir. Ne se rend nullement compte de la restriction de sa liberté, du fait de séjourner dans un établissement pour aliénés ; désire rentrer chez elle, en gardant les vêtements de l'administration, accompagnée d'une infirmière, pour hâter les formalités du voyage, des plus simples à son avis : « achetez un billet et collez une photo c'est vite fait », nous dit-elle.

C'est un cas typique de mentalité anatopique de COURBON. Chez elle, Mme N... doit être une femme assez capable, puisqu'elle arrive à administrer sagement son bien et qu'elle est investie de la confiance de ses amis. A Paris, elle a l'air de vivre sur une autre planète. L'effort nécessaire pour comprendre, dépasse de beaucoup ses moyens intellectuels et son amplitude d'adaptation.

Il y a, chez notre Ardéchoise, un comportement faussé, du fait de l'anatopisme aggravé par l'anachronisme, car, en plus de la différence de mœurs entre sa petite communauté rurale et Paris, il y a encore toute la complication juridique, légale et administrative de la vie de ces dernières trois années, que Marie ignore tout à fait. C'est un dépaysement dans le temps et dans l'espace sociaux.

L'on pourrait rapprocher cette observation du cas cité par COURBON et TUSQUES dans la publication : *Anatopisme mental et délinquance*. Il s'agit de deux dames bulgares, mère et fille, de milieu aisé, qui, arrivées à Paris, se livrent toutes les deux à des vols absurdes dans les grands magasins. Les auteurs font ressortir la différence des rapports entre le vendeur et l'acheteur dans les deux pays respectifs. Dans les Balkans, la marchandise est surveillée, pas de prix fixé d'avance, l'achat est une compétition, entre les parties en présence. Rien de tel en France, et c'est

déconcertant. Dans les deux cas, il y a caducité des conduites et trouble du comportement : pour les Bulgares, il s'agit des conduites intentionnelles, chez Marie l'ardéchoise ce sont les conduites de valorisation sociale qui ne jouent plus.

DÉRACINÉS. TRANSPLANTÉS

En dehors de ces troubles du comportement, de nombreux auteurs relèvent des atteintes du psychisme plus ou moins graves. TOULOUSE (76) nie à l'émigration le pouvoir de créer des formes particulières de maladies mentales ; il ne croit d'ailleurs pas non plus qu'elle soit le fait des dégénérés ; cependant, il reconnaît que les conditions matérielles et morales de la vie des émigrés peuvent ébranler les facultés mentales.

La fréquence des troubles mentaux chez les transplantés est un fait indéniable. En 1852, RONNEY de New-York (69) décrit une forme d'aliénation mentale particulièrement fréquente parmi les émigrés et dont le tableau clinique se situe entre celui de la fièvre typhoïde (nous sommes avant l'ère pastorienne), par l'obnubilation et le tephos, et celui de la manie, et qui nous paraît correspondre plutôt à la confusion aiguë par l'incohérence et l'agitation. L'auteur en tire les conclusions suivantes : 1^o la forme particulière ainsi que le traitement sont étroitement liées aux causes premières de la maladie ; 2^o les sujets frustes sont plus sensibles aux causes physiques, tandis que les éléments plus évolués souffrent davantage de causes morales qui sont principalement l'inquiétude, la crainte et le remords ; 3^o la psychothérapie (avant la lettre : l'auteur dit le traitement moral) donne de bons résultats ; 4^o les conceptions délirantes roulent fréquemment sur des thèmes mystiques ; 5^o les guérisons sont conditionnées par l'ablation de l'épine irritative des causes initiales c'est-à-dire des conditions

de vie. La réparation des facultés mentales est alors plus complète que dans les autres catégories des malades.

Processus morbides chez les transplantés. —

La transplantation est une opération psycho-sociale mutilante. En détachant le sujet de son ambiance naturelle, elle s'attaque aux bases de sa structure psychique. Elle coupe les attaches qui constituent le réseau social utile minimum.

Qui dit transplantation dit désadaptation, et réadaptation. MIRA (54) de Barcelone nie l'existence de la fonction autonome d'adaptation qui demande la mise en œuvre des facultés psychiques diverses. Il signale les différentes manières d'adaptation mentale : hypocrisie, soumission, compensation, compréhension, résistance, isolement.

L'adaptation rationnelle demande l'intégration des principes nouveaux et suppose une socialisation nouvelle, analogue à celle que l'enfant subit progressivement, moins les facultés et les possibilités dont dispose l'enfant qui est une page blanche, alors que pour l'adulte un départ à zéro n'est plus possible. L'adaptation rationnelle se fait au moyen de la coopération qui seule substitue une adhésion consciente aux mœurs nouvelles à la contrainte passive. Les autres modes d'adaptation cités par MIRA opèrent des adhésions partielles, des structures psychiques aberrantes, mais elles sont tellement plus fréquentes qu'elles constituent plutôt la règle. Cet ajustement des conduites et des comportements aux mœurs et coutumes de la nouvelle ambiance ne peut s'opérer parfaitement faute de surface sociale, de réseau de relations suffisamment amples. En dehors de ces facteurs exogènes, il y a aussi la limite des possibilités psychiques individuelles, la marge d'adaptabilité individuelle plus ou moins étroite.

L'incapacité de s'adapter, la marge d'adaptabilité exiguë, peuvent donc être la marque d'une mentalité saine, mais

dont la structure psycho-ethnique est incapable d'évolution ; les conduites et les comportements ne se modifient guère. Tout se passe comme si les conduites représentatives du groupe constituaient chez l'individu le noyau essentiel, irréductible de la personnalité. Cette mentalité n'est pas morbide et elle paraît de facture solide, bien que rigide. Elle manque de plasticité. C'est sous cet angle qu'il fait considérer les multiples manifestations de l'anatopisme dans ses formes mineures et qui n'aboutissent que très rarement à des troubles patents et à l'internement. La vie en groupe, en colonies d'originaires du même pays, l'expatriation par familles contribuent à la constitution des milieux tampons, des ambiances de transition à l'intérieur desquels les individus réussissent à garder l'intégrité psychique. Le transplanté n'est plus une cellule isolée, il fait parti d'un tissu social ; il participe à la greffe à travers son groupe. L'osmose, les échanges s'établissent plus lentement, il n'y a pas de rupture d'équilibre brusque. L'adaptation est répartie sur l'échelle des générations.

A côté de cet sujets d'adaptabilité réduite, mais sains, l'on voit des malades atteints dans leur structure psychique même qui devient morbide. Certains adolescents transplantés en pleine formation ont les moyens intellectuels de s'adapter, mais ils opposent un refus à la sollicitation du dehors. Le malade ne veut pas s'adapter. L'attitude négative, de révolte, presque normale à l'adolescence s'aggrave du fait de la transplantation. Au lieu de marquer une étape d'évolution du caractère, elle devient définitive. Par arrêt d'évolution, le caractère se fige dans le refus d'accepter l'ambiance. Ce processus aboutit à une sorte particulière d'infantisme psychique que l'on pourrait nommer sclérose juvénile. Cette prise d'attitude vicieuse affecte les conduites d'hierarchisation sociale. Elle se rencontre surtout chez les prédisposés de terrain schizoïde. La transplantation de la campagne ou de la province à la grande ville pose sur

une échelle réduite, les mêmes problèmes. A côté des transplantés et des déracinés pour des raisons économiques et sociales, qui sont des facteurs extérieurs, bio-sociologiques, l'on voit les déséquilibrés de toutes catégories, dont la migration est une des manifestations morbides. Les premiers se fixent plus facilement. Les troubles qu'ils peuvent présenter, relèvent soit de l'anatopisme, soit des psychoses réactionnelles curables, soit de toute autre affection mentale, mais avant l'atteinte morbide, les mobiles, les attitudes et les conduites, même inadéquates, sont rationnelles et saines, ou l'ont été dans une autre ambiance. Tel n'est pas le cas des malades relevant de la seconde catégorie. Presque toujours il y a une constitution morbide à la base, instabilité, absence d'une échelle de valeur rationnelle, impulsivité, quelquefois même absence de personnalité organisée, sans parler de la déficience intellectuelle qui peut manquer au tableau.

OBSERVATION N° 2.

Marie, née en 1899, originaire d'Ille-et-Vilaine. Les multiples certificats constatent la débilité, l'épilepsie, avec vertiges et pertes de connaissance, affaiblissement psychique, désorientation, incapacité sociale. Antécédents familiaux : mère dans un asile de vieillards, père suicidé par pendaison. Enfance dans une atmosphère de mécontentement des parents, de difficultés matérielles, de déclassement. Le père entretient un second ménage et finit par abandonner le foyer ; la mère incapable de défendre toute seule son bien, abandonne la ferme familiale.

Marie commence à travailler à 14 ans, comme bonne à tout faire et comme journalière. Toujours les gros travaux rudimentaires, sans réussir à se fixer dans une place ou un métier ni à conquérir une indépendance vis-à-vis de sa mère qui la place et la reprend à sa guise. Elle finit quand même par rester deux ans en apprentissage chez un coiffeur. Cette

brève période d'équilibre relatif coïncide avec une liaison sentimentale plus sérieuse. Lorsque, en 1938 son ami l'abandonne, elle quitte Saint-Malo pour se rendre à Paris. Elle y va de son propre aveu, pour : 1^o « ne pas voir l'homme qui l'a abandonnée ; 2^o parce que, à Paris, c'est tout en rose », (l'attrait de la ville sur les cerveaux déséquilibrés) ; 3^o parce qu'elle pensait pouvoir « être balayeuse à la Samaritaine » légende de la grande ville avec ses facilités, et summum des puériles ambitions de débile et de miséreuse.

A Paris, c'est la réussite matérielle, sur l'échelle de ses besoins. Balayeuse aux Halles, chiffonnière à ses heures, elle gagne « sa petite vie » (l'expression est d'elle) fait des économies. Un Algérien en chômage vit à ses crochets et partage sa sordide chambre d'hôtel. Elle échoue à l'hôpital à la faveur d'une fracture de jambe. Son ami disparaît, sans oublier d'emporter les économies de Marie. Dans le service, on constate l'éthylisme, on soupçonne la spécificité. Tout son appareil neuro-psychique est profondément atteint. Gros troubles de la mémoire. Désorientation dans le temps et dans l'espace. Spatialement, deux points de repère, seuls, subsistent : Saint-Malo et les Halles. Dans l'espace social, aucun poteau indicateur : « Je ne connais personne ». A l'asile, incapable d'aucun travail correct, lente, sans initiative, mais toujours contente. Parle de sa mère comme une petite fille qui minaude. Mais ce n'est pas le retour à l'enfance ; la malade n'en est jamais sortie. Comme chez bien des débiles et d'épileptiques, on se demande s'il y a une véritable personnalité, une conscience nette cimentant la succession de vagues remous et d'impulsions. C'est ce désordre psychique dans lequel s'intriquent toutes sortes de manifestations de sa vie psychique, qui caractérise et détermine à la fois ses actes, la pousse à vivre de chambre en chambre, à quitter sa ville. La migration est pathologique, comme tout le reste.

A noter, à côté de la prédisposition morbide, comme facteur adjuvant, la carence familiale, l'ambiance naturelle défavorable.

OBSERVATION N° 3.

S... Marcelle, séparée T... 27 ans, lingère. Psychose paranoïde atypique, avec délire hallucinatoire flou et indécis.

Originaire d'une petite ville des Vosges, son enfance se déroule entre son père, petit employé gazé de guerre, sa mère, ménagère active, assez sévère, et ses trois frères et sœurs. Elève paresseuse, elle quitte l'école à 11 ans, pour travailler à la couture, mais ne réussit pas à s'y fixer. A 16 ans, un voyage à Paris pour se placer comme femme de chambre, ouvre une période de vagabondage et de nombreuses aventures. Aucune sorte de travail n'arrive à la fixer. Elle fait la navette entre Paris, sa ville natale, les villes d'eaux. Son physique avantageux contribue à faciliter le grand nombre de relations sentimentales sans autre lendemain qu'une abondante moisson de maladies vénériennes. Le mariage avec un émigré russe, ingénieur, est aussi éphémère et peu durable que tout ce qu'elle entreprend ou plutôt subit. Au bout de 7 mois, Marcelle quitte son mari et revient auprès de sa mère, met bientôt au monde une fille, se reconcilie avec son mari, pour l'abandonner définitivement peu de temps après. Sa mère l'obligeant à faire un effort afin de gagner sa vie, de-ci, de-là, elle fait un peu de couture, de lingerie. Bientôt un autre enfant est né, clandestinement, d'une liaison de passage. Elle l'abandonne à l'Assistance publique, reprend sa vie vagabonde et mène une vie dissipée, mais à peine consciente.

Son affection mentale doit remonter très loin dans le passé. Peut-être Marcelle n'a-t-elle jamais été normale. Si son entourage ne s'en est pas aperçu, c'est qu'il n'y a pas eu d'acte anti-social, au sens strict du mot. Marcelle n'a fait du tort qu'à elle-même. Son comportement est sous le signe de multiples négations : passivité, paresse, absence de toute initiative, de toute conduite, de toute notion directrice de morale ou d'intérêt. Plongée dans une vague rêverie, elle se laisse flotter au gré de ses aventures sentimentales. Son indolence dans le travail, son amoralité de femme et de

mère ne font que traduire même des troubles mentaux graves et anciens, des lacunes dans la structure même de la personnalité qui n'aura jamais été complète.

Les statistiques de BERSOT (8) semblent démontrer que telle ou autre catégorie des malades mentaux est plus ou moins abondante à la ville ou à la campagne. Suivant le principe adopté par le Bureau fédéral de Statistique suisse, cet auteur classe les sujets internés pour la première fois en 1935, en deux grands groupes ; les habitants des villes ayant plus de 30.000 habitants et les malades des villages et des petites villes. La première catégorie représente $\frac{1}{4}$ de la population totale du pays, et $\frac{1}{3}$ du nombre total des internés. Cette prépondérance concerne avant tout la population masculine, mais reste valable pour les deux sexes.

La syphilis, l'acool, les affections psychogènes, la paranoïa sont suivant BERSOT (8), plus fréquentes dans les grandes villes qu'à la campagne. Cet avantage vaut aussi pour les femmes, mais la prépondérance est moins accentuée.

Les oligophrènes sont en plus grande proportion à la campagne qu'à la ville. L'auteur attribue ce phénomène au mode d'existence dans les centres ruraux, plus compatible avec leur capacité sociale réduite.

D'après BERSOT, la vie des grands centres urbains fournit aux psychopathes les multiples occasions de conflit avec l'entourage ; elle favorise la manifestation des troubles du caractère : les colères, l'agressivité, les complexes d'infériorité.

De même, la grande ville attire les déséquilibrés et les petits mentaux, mal à l'aise dans le climat de leur ambiance naturelle. Elle favorise l'alcoolisme et la spécificité.

Les psychoses organiques plus fréquentes à la campagne, y sont plus souvent compatibles avec le régime de vie commun. Pour BERSOT, la ville agit comme révélateur des

déficiences du caractère et de certains autres troubles mentaux, elle favorise l'éthylisme, propage la spécificité.

Cependant, il est permis de considérer le mode de vie des grands centres comme facteur psychogène amenant l'abaissement du seuil de résistance psychique, notion que nous devons à notre Maître J. VIE plus développée dans la thèse de BATEL.

Les conditions de vie dans les grandes villes, sa complication, la multiplicité de ses consignes, nécessitent une formation excessive de réflexes et d'inhibitions. La part des activités mentales inférieures devient ainsi prépondérante et envahissante. Il y a là, en dehors du surmenage du système nerveux, un danger de libération, de suprématie des automatismes, de l'automatisme.

L'individu dispose de moins en moins d'énergie psychique disponible. Une brusque rupture d'équilibre, par modification des conditions extérieures, sur le plan individuel, ou sur le plan collectif, le trouve moins apte à faire face à la situation. Ainsi la marge d'aptabilité, dont nous avons parlé précédemment, marge individuelle et marge moyenne, subissent un rétrécissement progressif.

La trop grande densité de l'habitat, génératrice de la multiplicité des contacts sociaux excessifs, non seulement favorise les conflits avec l'entourage et les troubles du caractère, mais demeure une source constante de surmenage du système neuro-psychique, comme tout autre abus. D'ailleurs cette apparente abondance de contacts dissimule mal une réelle indigence de rapports sociaux utiles. Ceux-ci, pour être opérants, demandent la présence du facteur durée. Seules, la coopération et la réciprocité créent la solidarité, mais ces principes supposent des contacts authentiques, moins rapides et moins superficiels.

L'habitant de la grande caserne de location vit dans l'anonymat, pressé, bousculé et socialement isolé.

CHAPITRE II

Rapports avec l'ambiance.

- I. L'isolement.
- II. Vies à cheval sur les différents modes d'assistance.
- III. Les rapports des psychopathes avec le milieu familial.
- IV. Vie conjugale et facteurs sociaux.

ISOLEMENT

Qu'il s'agisse de la recherche des facteurs psychogénétiques, ou d'étudier le théâtre des manifestations de la mentalité morbide, tous les auteurs s'accordent pour attribuer une importance sans cesse accrue à l'ambiance sociale des malades.

Isolement psychogène.

Les rapports de nos internés avec leur ambiance naturelle sont toujours troublés. L'isolement est le grand fait qui domine le tableau, tant par sa fréquence que par l'importance que nous attribuerons à ce symptôme de dérèglement des rapports sociaux. Il est de règle dans certaines professions, et notamment chez les domestiques. Chez ces transplantés de quelque village, il commence avec le problème de domicile. Les bonnes à tout faire n'ont presque jamais de domicile personnel. Leur vie de famille est disloquée et fragmentaire le plus souvent. Elles adhèrent partiellement et d'une manière imparfaite à la vie des foyers, dont elles font partie et changent des cadres de

l'existence, en changeant de place. C'est un mode d'existence qui manque de stabilité. L'absence de domicile personnel aggrave encore ce caractère de disparate, de décousu, de discontinu. La personnalité est privée d'un des éléments essentiels de ses « appartenances » en usant du terme de JANET (44). Une de nos malades citée par notre Maître J. VIE lors de ses 30 ans de vie professionnelle, n'a jamais connu de logis personnel.

D'autres isolés vivent dans des chambres d'hôtel, soit du fait de chômage, entre deux emplois, soit parce que, transplantés, ce mode est le seul qui leur convienne. Dans ce cas, le choix de l'habitation traduit déjà une mentalité aberrante, morbide. Il en est ainsi surtout pour les couples plus ou moins étranges, installés pour de bon dans le provisoire, dont le mode d'existence est irrégulier. Il est malaisé de délimiter dans ce cas la part des facteurs morbides individuels et celle de la responsabilité de tout un milieu, dont cette façon de vivre semble être la règle.

OBSERVATION N° 4.

T... Betty, 44 ans, artiste peintre, originaire de Bessarabie, province roumaine. Célibataire, sans enfant, internée avec le diagnostic suivant : « Asthénie avec inquiétude et idées délirantes de persécution ».

Betty est un déchet de l'émigration. Elle appartient à la génération fortement affectée dans son adolescence par les modifications survenues sur la carte géographique de son pays, à la suite de la guerre 1914-1918. Brusquement projetée hors des cadres nationaux et sociaux à l'intérieur desquels elle a évolué jusque-là, les voies de l'avenir auquel elle se préparait, barrées définitivement, cette jeunesse fournit un gros contingent d'émigrés dans les années 1920-1930.

T... Betty, cependant ne fait pas partie d'un de ces groupes aux liens assez lâches, mais solides qui rassemblent les transplantés d'un pays en une colonie cherchant à se fixer

sur le nouveau sol. Elle vit seule, en récluse, dans une chambre au 6^e, parmi les petits employés et domestiques des maisons bourgeoises dont tout la sépare. Pas de vie sentimentale, quelques rares relations de voisinage. Une seule de ses voisines, jeune institutrice à qui nous devons quelques éléments de cette histoire, s'intéresse de plus près à cette existence d'anachorète, à ses travaux de peinture, non sans talent, mais sans métier qu'elle n'a pas les moyens d'acquérir. Son régime de vie habituel est fait de misère orgueilleuse et décente : sous-alimentation chronique, faim permanente, à la fin inanition ; reste 2 à 4 jours presque sans manger, avec refus de partager le dîner de son unique amie.

Toutes les tentatives d'établir quelque contact utile restent sans résultat ; tour à tour, le dessin, la couture, le démarchage se refusent à ses essais de travail. Pendant un an, elle touche l'indemnité au chômage. Très peu avant l'internement, son propriétaire obtient l'expulsion de la locataire insolvable.

À l'hôpital, aucune adhésivité au milieu. Souvent, nos déséquilibrés, persécutés, paranoïaques même, vivent sur un double plan ; celui de leur délire, et l'autre, plus réel et plus pratique, des contingences de leur nouveau milieu. Betty est entièrement plongée dans son univers morbide. Elle confond sa lamentable histoire avec les malheurs de sa race. Avec des gestes et incantations de sorcière et de prophétesse, elle tire de son délire des accents pathétiques.

Cette existence se déroule dans l'isolement total : 1^o la malade est privée de son encadrement familial et de son ambiance contingente naturelle ; 2^o elle est également privée des cadres, des relations et des ressources que fournit la vie professionnelle et le travail ; 3^o l'absence de vie sentimentale en est le résultat. Il est permis de considérer cet isolement comme psychogène et non pas comme résultat de la maladie.

En dehors de cet effet de réduction de la surface de contact, on notera l'absence de l'aire sociale qui permettrait de projeter au dehors la personnalité que, à travers son

histoire et suivant l'appréciation de son amie, l'on devine sensible et non sans éléments de force, il y a là comme chez tous les isolés, une intensité forcée de la vie intérieure, résultat de l'inversion du sens de l'action des forces psychiques dirigées en dedans ; faute de cette aire de projection qui permettrait de s'extérioriser, de se réaliser, tout se passe à l'intérieur et il en résulte une tension, un désordre et une lente désorganisation des structures psycho-sociales.

Toutefois, l'inversion psychologique dont nous parlons n'est pas de l'autisme, car elle se produit par action des facteurs exogènes et sociaux et non pas individuels et constitutionnels.

Les pensions de famille constituent un milieu intermédiaire. Elles abritent des hôtes de passage, en voie d'adaptation, des jeunes gens en cours d'études, et ce n'est alors qu'une installation provisoire. Mais il y a encore les habitués qui sont des isolés, le plus souvent de petite surface sociale et qui cherchent, peut-être inconsciemment, à remédier de cette façon à l'indigence de rapports et de liens sociaux.

Il y a donc lieu de distinguer deux catégories : les isolés du fait de leur condition sociale : familiale ou professionnelle, et les isolés de par l'affection mentale. Quelquefois, les deux sortes de facteurs interviennent.

Isolement pathologique.

Les grosses déficiences intellectuelles chez certains débiles et épileptiques sont responsables d'une véritable incapacité, en ce qui concerne les rapports sociaux. Cette catégorie de malades est isolée, faute d'outillage intellectuel permettant la vie en commun.

OBSERVATION N° 5.

D... Suzanne, née en 1912, internée en 1931 (Men. Rous. Puis mois.)

Imbécillité attribuée par de MARTEL à l'insuffisance hypophysaire. Troubles de caractère, coléreuse, toujours emportée.

Milieu travailleur, honnête, affectueux, parents consciencieux. Motif de l'internement « la vie devenait intenable à la maison ». Tentative de reprise à la maison échoue. Travaille toujours à la couture. A l'école de perfectionnement de la ville de 9 à 14 ans sans résultat.

OBSERVATION N° 6.

B... Née en 1904. Internée en 1923. Surdi-mutité. Débilité. Troubles du caractère. Milieu très modeste et simple. Famille assez affectueuse. La tentative que fit sa mère pour la reprendre échoue. Motif de l'internement « elle devient exigeante vis-à-vis de moi, elle a 23 ans et moi 60 » seule la famille l'endure. N'a jamais travaillé dehors.

Les insociables par tempérament, à fond d'orgueil, sont souvent des Psychoses Hallucinatoires Chroniques ou des paranoïaques latents. C'est le type, assez fréquent, des malades qui, bien avant l'internement « ne fréquentent personne », qui, lors de l'interrogatoire affirment, avec un air de digne supériorité : « Les voisins ne sont pas des gens de mon monde ». Ils diffèrent ensuite par leur attitude des autres malades qui, ayant gardé la notion et le goût des rapports sociaux, appellent les autres malades « mes camarades ».

OBSERVATION N° 7.

R... M., 52 ans, épileptique.

A été interné à la suite d'une période de crises comitiales qui n'ont jamais eu la fréquence et l'intensité empêchant par elles-mêmes une vie sociale ou le travail.

Parfumeuse, elle réussit même à garder ses places une dizaine d'années.

Vie conjugale apparemment normale.

Relations correctes avec sa sœur beaucoup plus jeune qu'elle.

Avec les voisins, rapports très superficiels.

Depuis son veuvage, vit seule, se crée tout un répertoire de formules de politesse à l'usage de ses voisins pour ne pas donner prise « aux chinoiserie, aux ennuis » de ses amis et de ses parents.

Reste toujours sur ses gardes, polie et méfiante. Aboutit à l'hôpital, parce qu'incapable de vivre seule et que sa famille finit par s'en désintéresser. Mais cet isolement est un état de chose auquel abouti son système de défense afin d'éviter des conflits avec l'entourage.

À l'hôpital, elle se montre exigeante, revendicatrice, désagréable avec le personnel qu'elle traite comme sa domesticité, intrigante avec les autres malades.

Incrustée dans son lit du fait d'un rhumatisme sérieux, elle est peu empressée de nous quitter.

Avec l'âge et la ménopause, les troubles du caractère s'amendent, mais l'isolement social qui en est le résultat partiellement voulu par la malade, persiste.

Elle doit bientôt nous quitter pour la Rochefoucault.

D'autres sont insociables de par les troubles du caractère. Cette incapacité est congénitale ou acquise. L'initiative de l'isolement incombe tantôt à l'entourage qui considère la présence de la malade au foyer incompatible avec la vie normale, soit à la malade même, qui évite les contacts devenus indésirables du fait de son orientation affective morbide, ou pour éviter des conflits, ce qui constitue une mesure d'hygiène mentale.

OBSERVATION N° 8.

B... Blanche, 54 ans, ouvrière en fleurs artificielles à domicile, épileptique, depuis l'âge de 14 ans, absences, à partir de 30 ans, crises comitiales caractérisées, pour lesquelles elle est suivie systématiquement à Henri-Rousselle.

C'est un épisode d'excitation et les crises plus fréquentes

et plus intenses qui amènent l'internement. Cette recrudescence de crises suit de près une aggravation des troubles du caractère (le choc émotif étant le décès de sa mère). Le milieu familial s'accommode longtemps de ce caractère difficile, le mari est doux, la fille est attachée à sa mère.

Le rythme du travail ne paraît pas troublé parce que la malade ne travaille pas au dehors. Il y a adaptation (elle travaille avec sa mère).

A l'hôpital, elle se montre instable, autoritaire, querelleuse. A l'obséquiosité habituelle des épileptiques elle joint un caractère jaloux, se sent supérieure, abandonne la buanderie de l'asile parce que ne peut supporter les autres malades. Ne fait aucun travail suivi, mais met un point d'honneur à réussir là où tout le monde échoue.

Participe activement à la vie du pavillon, il y a une sorte d'adhésion à son nouveau milieu, malgré les troubles du caractère.

L'instinct social est assez vif. Maintient un contact étroit avec les siens.

Dans la troisième année de son séjour à Maison-Blanche, les phénomènes comitiaux s'amendent progressivement. Les crises diminuent en nombre et en intensité.

En même temps, la malade paraît simple, plus calme, même disciplinée. Les incidents orageux avec le personnel et les malades disparaissent. Peu après, elle obtient sa sortie.

L'isolement peut faire partie du système délirant. Toute l'activité du sujet étant centrée sur le délire, il refuse tout contact social par réaction de défense. Tel est le cas dans certaines Psychoses Hallucinatoires chroniques. Une malade se clautre, se barricade chez elle, et finit par demander l'internement à chaque poussée particulièrement aiguë.

OBSERVATION N° 9.

T... Louise 43 ans. Psychose Hallucinoïre chronique, à thème de jalousie, rarement extériorisée, mais d'une vio-

lence extrême. Depuis des années, la vie conjugale de la malade est dominée par ses conceptions délirantes : scènes, disputes et violences se suivent, entrecoupées par des périodes de mutisme. Le mari, de caractère doux et passif, subit cette existence sans protester. La malade ne s'occupe pas de son intérieur, refuse de faire le ménage, de préparer les repas de son mari qui est obligé de prendre pension dans un restaurant. C'est la plainte des voisins incommodés par les bruits et une pétition au Commissariat de Police qui met fin à cette existence absurde et sordide et amène l'internement.

La réaction de cette autre malade est plus complexe. Son rêve délirant ne la satisfait pas toujours. A certains moments, elle désire se traduire en action, ce qui déterminerait une activité délirante, plus ou moins absurde, mais partiellement consciente de son incompatibilité avec la vie sociale normale, elle se méfie de la société organisée, de ses réactions qui la conduiraient fatalement à l'internement, d'où isolement volontaire.

OBSERVATION N° 10.

R..., Aline 27 ans célibataire.

C'est une ancienne démence précoce à son troisième internement, pour une activité quérulante, pseudo-politique, inoffensive et absurde.

A son entrée dans le service, présente quelques séquelles de démence précoce, se manifestant par un fond de passivité masquée par des accès d'exaltation, pendant lesquelles elle se livre à une activité délirante : voyage à pied de Nantes à Paris, démarches absurdes.

Quel est son mode d'existence avant son dernier internement ?

Issue d'une famille de petite aisance, elle a une sœur aînée comme elle, ancienne démence précoce, internée en Suisse. Le traitement et le long séjour dans un établisse-

ment privé entament sérieusement les ressources de la famille qui finit par se lasser de ces charges excessives.

Aline n'accepte pas la vie au sein de sa famille.

Abandonnée à elle-même, elle vit seule dans la misère et le chômage. Elle se compose une attitude de méfiance et de dissimulation vis-à-vis de tout ce qui représente l'autorité, la société organisée. Cependant à chaque poussée aiguë, l'activité délirante crève ses défenses précaires et un acte absurde ou antisocial l'amène à l'asile.

A l'asile et dans la vie libre ses propos paraissent raisonnables, sa tenue correcte. L'opposition et le mutisme ne sont pas à attribuer à l'affection elle-même, mais représentent plutôt un système de défense vis-à-vis de la société, dicté par l'expérience de ses nombreux internements et de ses démêlés avec l'autorité. Si elle se tait obstinément à l'interrogatoire, c'est que son passé lui a appris qu'il aboutissait fatalement à l'internement. « J'ai été internée sans scandale — écrit-elle à sa sœur, — pour me sortir d'ici il faut se montrer, me réclamer au médecin, insister au besoin » « Si je sors d'ici, j'ai du travail dehors comme avant d'être internée, inutile d'en parler au médecin, ce qui gênerait. Ne lui fournir aucun renseignement... ».

Il y a là un courant profond de délire morbide et une attitude volontairement distante de défense sociale superficielle, faite de réticences, de dissimulation et de bonnes manières. Elle se retranche derrière sa correcte courtoisie. Mais ici, comme au dehors, le moment arrive où le délire rompt toute digue, éclate et se fait jour dans les lettres à la fois exaltées et précieuses « Je voudrais faire quelque chose dans la vie, redevenir un être fort, bon, courageux, intelligent, capable de rendre de grands services à la société. »

C'est probablement cette idée de grandeur associée aux tendances quérulantes anciennes par des rancunes de famille à la suite d'une procédure d'interdiction, qui l'amène à fonder La Société des Chômeurs dont elle est la seule adhérente et pour le compte de laquelle elle distribue des tracts.

VIE A CHEVAL SUR LES DIFFÉRENTS MODES D'ASSISTANCE

Les transfuges des autres établissements hospitaliers.

Les services de médecine générale, les centres d'hébergement, les hospices nous adressent périodiquement un certain nombre de malades, soit pour des troubles mentaux caractérisés, soit pour diverses manifestations d'insociabilité n'entrant pas dans les cadres d'une entité nosologique déterminée.

Troubles du caractère simples.

Ces malades depuis longtemps, sont exclues du circuit de la vie normale. Epaves ou vieilles chroniques, elles s'adaptent pourtant mal au milieu de vie réduite assez particulier que constituent les hôpitaux et les établissements d'assistance. Ce sont des maisons à air social confiné, propices à l'exaspération des troubles du caractère par le grossissement de menus incidents de la vie quotidienne, et qui prennent une importance démesurée. Le milieu idéal pour cette sorte de malades serait celui qui pourrait leur fournir un champ d'exercice pour le besoin d'activité, fort restreint, étant donné leur état général, le plus souvent très précaire, et réduire au minimum les contacts avec l'entourage. Mais il est difficile de concevoir pour elles la réalisation d'un pareil placement : outre que leur état physique ne l'autorise pas, l'insociabilité foncière de ces sujets exclut la possibilité d'un placement familial. Ce sont le plus souvent des épileptiques frustes, des névrosées malaisées à classer, de petites mentales. Contraintes, du fait de leur infériorité économique, à se soumettre à la règle de la vie collective en vigueur dans les

établissements qui les hébergent, elles révèlent une mentalité asociale. Dans un autre milieu social, et si elles possédaient l'indépendance économique, ces malades seraient souvent le point de départ des perturbations de la vie dans leur cercle familial.

Troubles du caractère chez les épileptiques et chez les tuberculeuses.

Ces sujets ont été déjà hospitalisés dans des établissements spécialisés, mais, comme nous venons de le dire, ils ne peuvent pas s'y maintenir, en raison d'anomalies du caractère. Malgré le fait que les troubles du caractère font partie du tableau clinique de la comitialité, et en dépit des circonstances atténuantes de maladie grave, pour les tuberculeuses, il est difficile de ne pas voir dans cette inadaptabilité une prédisposition morbide individuelle.

En effet, il ne faut pas perdre de vue que ces malades vivent parmi leurs pareilles et dans un milieu conçu pour elles. Elles ne s'adaptent pas plus à cette ambiance, qu'elles ne s'adapteront à aucun mode de vie collectif. C'est même leur affection viscérale qui les maintient au sein de la société organisée, leur prédisposition constitutionnelle les destinant plutôt à une existence en marge de la société, en qualité d'épaves.

Il y a aussi des cas complexes. Une de nos malades du pavillon sanatorial, dont nous rapportons l'histoire détaillée, nous vient d'un centre d'hébergement pour des troubles mentaux caractérisés. Il est évidemment malaisé d'évaluer la responsabilité de la bacillose dans l'éclosion de ses idées de suicide, et cela est en dehors de notre sujet. Nous nous bornerons à rappeler que notre malade, tout le long de son existence, fait preuve d'un goût d'indépendance excessif. Elle s'entend mal avec sa sœur et son

beau-frère, entre en conflit avec tout son entourage, ne s'acclimate que très difficilement dans les différents établissements sanatoriaux.

OBSERVATION N° 10 *bis*.

W... Marthe, 31 ans, vendeuse, internée pour une réaction dépressive, avec idée de suicide, phobie de malpropreté, après un séjour dans un centre d'hébergement. Enfance normale dans un foyer heureux, bien qu'il y ait une grande différence d'âge entre les deux parents. Le père en est à son troisième mariage, il a deux enfants, déjà établis, du premier lit et deux autres issus du troisième mariage. En 1916, la famille fait l'acquisition d'un pavillon en banlieue, à Saint-Maur-les-Fossés. Cinq mois après, le brusque décès du père change les conditions de la vie de la famille qui cependant fait face à la situation. La mère de Marthe élève des nourrissons, le grand frère a un emploi. En 1918, celui-ci meurt de la grippe. Peu de temps après Marthe se met à travailler tantôt comme apprentie maroquinière, tantôt comme vendeuse, fait des marchés, aide sa mère à soigner des nourrissons, elle semble avoir quelques difficultés à se fixer.

Vingt-deux mois après le décès du frère, la mort de sa mère laisse Marthe pratiquement seule au monde. Elle à 17 ans, une succession difficile à régler. Sa demi-famille se désintéresse d'elle. Ne pouvant pas vendre la maison, elle se place comme bonne à tout faire. Au bout d'un an, l'on constate, à la faveur d'une hémoptysie, une périscissure droite. Maladie, convalescence au Vésinet, deux ans de sanatorium. Après avoir quitté le sana, Marthe reste près d'un an auprès de sa demi-sœur, elle s'installe ensuite à Saint-Maurice, pour surveiller sa maison. Peu après, une rechute nécessite un nouveau séjour au sana où elle reste 10 mois. Elle s'y plaît, s'y occupe. Il est question d'y rester en qualité de travailleuse, mais, fille de Belge et de Française elle est considérée comme étrangère. A cette époque se situe la mort de sa sœur.

Marthe rentre à son port d'attache à Saint-Maurice, cherche un emploi. A 22 ans, elle est obligée d'accepter une place de vendeuse débutante dans une boutique de lingerie, change de place, alléchée par un meilleur salaire. Deux rechutes en espace de trois mois l'amènent à Laennec où l'on constate à la radio une caverne sous-claviculaire gauche. Dès lors, Marthe fait la navette entre différents services hospitaliers et les sanatoria. Elle a toujours des difficultés avec les locataires de sa maison et les créanciers hypothécaires. En 1934, surviennent les premières manifestations de différents troubles mentaux : neurasthénie, troubles du caractère. Le premier internement a lieu en 1935. A cette époque, se situe un procès. Peu de temps après mise en demeure de se libérer de sa dette hypothécaire, Marthe est obligée de vendre son pavillon à vil prix. En 1937, elle s'installe dans une pension de famille à Saint-Maurice. Son état de santé précaire la détourne de toute tentative de travail. Les 25.000 francs qui lui restent du produit de la vente de son pavillon sont tout son bien, placé en titres qu'elle échange un à un. Au début de la guerre, elle est sans travail et sans ressources. Après un séjour dans un centre d'hébergement, la récurrence des troubles mentaux l'amène à Maison-Blanche.

Nous avons examiné et interné cette malade à plusieurs reprises, ses lésions pulmonaires ne sont pas évolutives. A l'entrée elle présente quelques troubles du caractère, de l'irritabilité. Tantôt « mutiste », tantôt volubile, Marthe se répand en récriminations contre son sort et contre la société. Ces phénomènes s'amendent vite. Plus tard, elle se complait à nous raconter son histoire, avec l'attitude hypochondriaque des isolés qui trouvent une oreille complaisante. Il est difficile dans ce cas complexe de faire la part du rôle respectif de nombreux facteurs en jeu intimement intriqués. Il y a l'influence dissolvante de la maladie, il y a l'isolement, des responsabilités au-dessus de son âge. A l'heure actuelle, Marthe aspire à un placement dans une œuvre ou colonie qui lui permettrait de s'employer dans la limite de ses possibilités et d'accrocher son existence à la vie collective, dans ses formes réduites.

Nous avons vu que l'isolement, phénomène social, est un mode de vie dont on constate l'existence et l'influence psychogène dans certains cas. Chez certains autres malades, il traduit une prédisposition, le terrain psychopathique, qui se manifeste par l'exiguïté de la surface sociale. En effet, si l'on examine les raisons de cet isolement, l'on trouvera chez les uns, le décès des parents ; chez les autres, la mort des amis, le veuvage, la disparition des amis chez les vieux marque un appauvrissement progressif de liens sociaux. C'est un phénomène normal, psychosocial de la vieillesse, un des aspects sociaux de l'involution. Il n'en est pas de même des séparés, divorcés : l'isolement est tantôt le résultat des facteurs exogènes, tantôt il est imputable à un certain degré d'insociabilité ou d'incapacité de vivre en commun, et traduit ainsi le terrain psychopathique.

Chez les jeunes, le décès des parents peut être incriminé comme créant des conditions défavorables à la formation ou à l'évolution d'un psychisme normal. Mais pour nos constitutionnels et surtout pour les jeunes débiles et épileptiques, le facteur familial est d'une importance capitale. A lui seul, le milieu familial constitue le seul capital social, la seule ambiance sociale du malade, la base unique de son existence sociale.

FAMILLE

Deux données de la psychologie moderne confèrent au facteur familial une importance qui va en s'accroissant : le rôle prépondérant de l'enfance dans la formation de la structure psychique, et l'ingérence de plus en plus grande du social dans tous les domaines de l'activité et de la vie humaine. La famille constitue la première institution sociale formatrice des conduites et le premier champ de bataille

entre le moi et le non-moi. Aussi les auteurs invoquent-ils son importance dans toutes sortes de troubles relevant du psychiatre. Dans sa « Sociologie des névroses » BIRNBAUM (10) recommande, pour ses malades adolescents, de constituer un dossier de la névrose, remontant à l'enfance, considérant qu'il est inefficace de se contenter du tableau de la personnalité au moment de l'accident, de l'occasion psychopathologique. Dans cette confrontation de forces et dans le premier conflit entre les tendances affectives réfléchies sur soi-même, et les forces sociales qui commencent par opérer un dressage, il faut voir le véritable sens du complexe d'Œdipe freudien, dans l'acception large, non dogmatique du mot. Ce serait aussi, d'après cet auteur, la source première des névroses infantiles, à base de sentiment d'infériorité, de dépendance, de contrainte subie que BENJAMIN (10) englobe sous le nom des « perturbations du contact social » et qui détermineraient des attitudes « socio-névrotiques ».

Plus complexes seraient les névroses de l'adolescence, et dont la pathogénie se relèverait surtout de la rupture d'équilibre organique du fait du remaniement physiologique qui s'opère à l'époque de la puberté. Cependant, la famille, l'école, le premier contact avec le métier et les responsabilités sociales (la nécessité de gagner la vie) interviennent pour une large part dans l'orientation psychique de l'adolescent. Certes, l'auteur admet, avec KRESCHMER » (10) que les troubles qui se manifestent à cette époque sont dus à un noyau organique défectueux, mais il attribue une importance assez grande aux facteurs sociaux, capables de favoriser ou de combattre efficacement la tendance à la schizoïdie, la mauvaise canalisation de l'instinct sexuel.

Dans ses « psychoses évitables » NATHAN (57) rejoint le point de vue de l'auteur précédemment cité. En classant les psychoses en trois groupes : psychoses sociales, psy-

choses de prédisposés et psychoses de constitution héréditaire, il souligne l'intervention des facteurs sociaux dans tous les cas. Quel que soit le groupe des psychoses, il y aurait, pour cet auteur, une marge de sensibilisation. Même chez les prédisposés, même chez certains tarés de naissance, il y a très souvent une période de latence qui traduit la résistance du sujet aux troubles mentaux graves, incompatibles avec la vie sociale. Ce sont surtout les conditions de vie familiale défavorables qui opèrent cette sensibilisation. C'est ainsi que chez les douteurs, chez les psychoasthéniques on constaterait, dans les antécédents familiaux psychologiques, une éducation particulièrement sévère, rigide, autoritaire, ne permettant pas à la volonté de l'enfant de se former. Les réprimandes trop souvent répétées, auraient empêché la constitution d'une échelle de valeurs rationnelle.

Le médecin d'asiles a peu d'occasion de voir ces déformations sinon *in statu nascendi* ou, du moins, de l'observer dans le milieu même du sujet. Suivant la juste opinion de notre maître, il se trouve dans la même situation qu'un chirurgien appelé à exercer son art, tant pour le diagnostic que pour l'intervention, sur un lot de vieilles fistules, de lésions chroniques, etc... Sa clientèle aussi se recrute dans la majorité des cas, dans un autre milieu social et fait incriminer les responsabilités familiales sous un angle tout différent, celui de sa pratique journalière. Ce n'est donc pas un excès de sévérité qu'il nous faudra constater, mais très souvent une ambiance amoral, inapte à servir de modèle, à inculquer des conduites, ou une désorganisation si ce n'est pas l'absence de vie de famille normale. Les carences maternelle ou paternelle ne sont pas exceptionnelles. En ceci notre point de vue rejoint celui d'ARENAGA (4) de Buenos-Ayres. En étudiant les réactions anti-sociales des mineurs, cet auteur ne néglige certes pas les considérations sur les facteurs biologiques qui favorisent

la délinquance juvénile. Tout en préconisant le traitement, l'éducation et l'instruction spéciales pour les anormaux, il attire l'attention sur les conditions familiales défavorables des mineurs anti-sociaux. Ces réactions anti-sociales sont un symptôme de la désorganisation du foyer.

Une de nos malades dont nous relaterons l'histoire plus loin, CH... René, enfant de parents aisés, a été élevée en pension presque dès sa naissance, ne recevait les visites qu'une ou deux fois par an, étant enfant. A vu sa mère la dernière fois à son mariage en 1922. Depuis son internement, en 1937, ni lettres, ni visites de sa mère qui habite la banlieue parisienne.

OBSERVATION N° 11.

P... Marguerite, née en 1920, premier internement en 1936 avec le diagnostic de « dromomanie, instabilité, incapacité de vivre seule (D^r GOURIOU) 2 ans plus tard, à la récidive, le certificat Abely constate des crises nerveuses mal définies, déséquilibre mental « à la suite de changement de vie récent ».

La famille de Marguerite est originaire d'Orléans. A l'âge de deux ans, l'enfant a perdu son père. La mère atteinte d'un mal de Pott aggravé de spécificité, essaie de gagner sa vie, en se faisant gardienne, mais abandonne son emploi, pour se fixer auprès de sa sœur, à Clermont-Ferrand. Peu de temps après, l'oncle nourricier tombe malade à son tour, abandonne Clermont pour Toulouse où la tante de l'enfant adopte le métier de marchande ambulante. Marguerite suit le couple dans ses pérégrinations et lorsque l'oncle meurt, elle quitte définitivement l'école pour accompagner sa tante dans les tournées le long de la côte d'Azur.

A 15 ans, première crise d'irritation, avec casse d'objets divers, bref séjour à l'hôpital. Après la sortie, quelques mois de travail en usine, et nouveau stage à l'hôpital, cette fois-ci pour la syphilis. En 1937, la mort de la tante oblige Marguerite à rejoindre son frère installé dans la banlieue

parisienne. Mais, malgré un certain degré de bonne volonté, elle n'arrive pas à s'y adapter. « Je ne pouvais pas m'y faire, nous dit-elle, avec ma tante, en faisant le camelot, il y avait beaucoup de distractions, on ne restait pas longtemps dans le même pays, et je n'avais pas tout le temps à faire la même chose. »

En 1938, c'est la grande crise. »

En résumé : hérédité chargée, vie de famille anormale, existence nomade, sans feu ni lieu, peu propice à l'élaboration des conduites élémentaires et à la formation d'une discipline quelconque.

OBSERVATION N° 12.

B... Marcelle. Epilepsie, débilité, érotisme.

Internée à 19 ans, pour épilepsie caractérisée, elle ne présente à l'asile que des vertiges périodiques assez fréquents.

Milieu familial : père plombier, mère matelassière, l'un et l'autre éthyliques ; une sœur aînée, avec laquelle la jeune fille s'entend bien. Le chef de famille mène une existence désordonnée, en dehors du foyer conjugal. Tous les soirs, règlements de comptes familiaux, scènes et violences, brutalités.

Scolarité : très vague, irrégulière.

Travail : débute comme domestique : 3 mois. Ensuite, se place comme manœuvre dans une usine d'aviation, à la peinture d'ailes d'avions. C'est une période de relative stabilité, durée : deux ans. Puis, brusquement, elle quitte son emploi dont elle a tout lieu d'être contente, parce qu'au marché, elle fait la rencontre d'une dame qui cherche une bonne à tout faire. Voici le motif qu'elle invoque pour expliquer sa conduite « ma sœur était placée, alors j'ai voulu faire comme elle ». D'ailleurs, garde cette place très peu de temps, parce que « le fils de la maison ne veut pas la fréquenter ».

Vie sentimentale : s'installe dans la famille de son amant, avec l'assentiment des siens. Au bout de quelque

temps, la « belle-famille », la met à la porte, mais sa famille à elle refuse de la recueillir. Une tentative de suicide dans un moment de désarroi amène l'internement.

C'est une enfant débile dont le comportement est maladroitement calqué sur les conduites d'un milieu fruste, de moralité douteuse, et rendu socialement inadéquat du fait de la déficience mentale.

OBSERVATION N^o 13.

Tn... J., 33 ans, célibataire sans enfant.

Rien à signaler au point de vue somatique.

Les deux certificats d'internement constatent des séquelles légères de démence précoce, avec bizarreries de comportement, absence d'initiative.

Aspect physique: charme gracie d'Ophélie éplorée. A 33 ans révolus, aspect de jeune fille à peine pubère.

L'interrogatoire confirme cette impression d'évolution arrêtée au stade d'adolescence.

La première atteinte remonte à 5 ans environ. Le premier internement a lieu à la suite d'une dispute violente avec menace de violences avec sa cousine qui préside au foyer à la place de la mère qui est morte depuis longtemps.

La famille vit retirée dans un petit pavillon de la banlieue parisienne, décor habituel du drame de la déchéance du petit rentier. Le père est un vieillard de 70 ans, sachant à peine écrire, timide et hésitant, sénile au plus haut degré ; a signé à Hen.-Rousselle sa demande de placement volontaire sans s'en rendre compte. La cousine vieille fille, tout aussi timide, hésitante, bégaië. Elle a de ces hochements de la tête et de ces clignements d'yeux significatifs. Le couple donne l'impression de complet désarroi devant les difficultés et les démarches de la vie courante. Les maigres rentes du vieillard, seule ressource de la famille, fondent peu à peu. La cousine se met à faire des ménages à l'insu du *pater familias*. L'atmosphère du logis est empreinte de la crainte du lendemain, de la peur de manquer. Les bizarreries et les exigences du vieillard lui

donnent un cachet hors du temps, hors du réel. Sa conduite, son comportement dehors sont un sujet tabou.

La jeune fille dit avoir eu une scolarité normale. Après son Certificat d'études, elle prépare son Brevet élémentaire sans succès. Depuis, elle est claustrée parmi ces deux êtres bizarres. Elle a peur de son père, le fuit, se réfugie dans son lit des journées entières, qu'elle refuse de quitter.

Ce comportement n'inquiète pas l'entourage et ce mode de vie continue des années. Cependant, dans ce cerveau malade, l'image qu'elle se fait de son père devient une hantise greffée sur le sentiment d'angoisse, de peur du lendemain qu'elle puise dans son entourage direct. « Nous ne connaissons personne, nous ne voyons personne, je suis à la charge de ma famille, nous n'avons pas d'argent, j'ai peur de mon père, il nous a toujours terrorisés ».

C'est la jeune fille qui prend l'initiative de la consultation à Hen.-Rous. Ce père étrange et hésitant, reprend la malade, somme toute inoffensive au bout de dix jours. Deux mois plus tard, la réapparition des troubles qui ont motivé l'internement : angoisse, obsession ramènent la malade ; c'est elle qui désire et obtient l'internement chez nous « parce que j'ai peur de tuer mon père qui se dévouait pour nous » et surtout parce que cette démente fruste qui s'entend toujours reprocher son incapacité sociale, veut résoudre ainsi le problème de sa subsistance.

A l'hôpital, elle est calme et s'occupe régulièrement à la couture. Deux mois plus tard, relativement équilibrée et rendue à son entourage familial étrange toujours contre son gré.

En ce qui concerne les observations que nous venons de rapporter, certes, Marguerite et Marcelle évoluent dans des milieux dont les principales disciplines de la vie sociale sont absentes ; mais la morbidité de nos sujets se caractérise par le fait de l'incompatibilité, pour ces jeunes femmes, de leur mentalité avec la vie sociale de ce milieu douteux qui

est leur ambiance naturelle. Quant à Juliette, notre schizophrène, il n'y a presque pas d'incompatibilité, puisque c'est la malade qui demande l'internement ; cette observation illustre bien un cas-limite ; tous les trois membres de la petite communauté familiale nous paraissent relever des soins d'un psychiatre.

En se plaçant à un point de vue opposé à l'origine dans ces ambiances familiales défectueuses DAMAYE (30) voit une mentalité morbide mais, non reconnue comme telle. Ce serait les petits mentaux les responsables des dissensions familiales, conjugales, des atmosphères familiales viciées. Les schizophrènes frustes, et surtout les hypodéliquants du type paranoïa en liberté (des anormaux sans délire, mais évoluant dans un sens délirant) doués d'un grand pouvoir déformant dans le sens de leurs tendances, impriment un cachet morbide à leur foyer. L'auteur compte l'égoïsme et la méchanceté parmi les anomalies mentales constitutionnelles. Les deux points de vue semblent être corroborés par la pratique. Ils ne sont d'ailleurs pas irréconciliables. L'activité et la mentalité du psychopathe ayant sa répercussion, ses prolongements sociaux, elles peuvent constituer le point de départ d'une ambiance anormale qui, à son tour, peut engendrer certains troubles chez les individus vivant dans la sphère d'action du petit mental.

Voici quelques exemples observés dans la clientèle de médecine générale, en dehors des asiles :

OBSERVATION N° 14.

B..., négociant, ayant abandonné des études pour des raisons économiques. Etudes brillantes. Intelligence au-dessus de la moyenne. Idées de grandeur qui ne conduisent pas à l'activité délirante, mais faussent la conduite et les rapports avec son entourage familial et professionnel. L'égoïsme le conduit à l'hypochondrie qui fait de lui un malade imaginaire, se faisant mettre à la porte par plu-

sieurs médecins excédés, jusqu'au jour, où il finit par se fixer sur une affection rarissime dont il aura fait lui-même le diagnostic (c'est un ancien étudiant en médecine). Depuis ce jour vit en grand malade au régime de suralimentation servi par sa femme qui se dévoue, qui travaille et qui élève l'enfant du ménage. Celle-ci ayant commis un acte d'indélicatesse, notre sujet lui conseille le suicide et entame une procédure de divorce.

OBSERVATION N° 15.

Jeanne M..., artisane, 35 ans, autoritaire et égoïste, impose sa volonté à son mari et à ses enfants. Au bout de dix ans de ménage, le mari abdique toute initiative et toute responsabilité. La fille qu'il a eu d'un premier lit, vit à l'ombre de cette femme comme terrorisée, vaincue dans toutes ses tentatives d'émancipation brisées sans aucun égard. Jeanne a été grièvement blessée lors de l'exode, depuis, elle a redoublé en qualité de sinistrée, d'agressivité et d'arrogance. Extrêmement exigeante, elle a une hypertrophie nette du sens de ses droits et la notion très réduite de ses devoirs.

OBSERVATION N° 16.

G... Jeanne, 33 ans. Certaine schizoidie favorisée par une différence d'éducation par rapport à son milieu, plus fruste. Mariage à 19 ans et divorce un an plus tard. Plusieurs années de vie oisive, remplies de voyages et de vagues études. La Grande Guerre amène un déclassement progressif de la famille que Jeanne refuse de voir et d'en accepter les conséquences, quant à sa situation et à son comportement social. Non dépourvue de générosité, son égocentrisme l'empêche de voir la limite de ses droits. Exigeante par rapport à sa famille qui constitue presque exclusivement son ambiance sociale, elle y introduit une espèce de parasitisme que son entourage tente d'abord de combattre, mais qu'il finit par imiter, puisqu'il s'avère efficace. Jeanne

a toujours présenté et présente encore toujours un pouvoir de déformation qui frise le délire. A fait d'ailleurs, à un moment donné un bref épisode délirant, avec quelques idées de persécution et nombreuses interprétations, rapidement jugulé par un simple changement de lieux.

OBSERVATION 17.

S... Léon, présente des colères d'une violence extrême et des manifestations diverses de pithiatisme mineur. Toute sa vie de famille en est désorganisée, orientée l'unique souci de les éviter. Les deux enfants finissent par ne plus être capables de donner une réponse spontanée et véridique à aucune question, dressés par 10 ans de dissimulation et de peur. La femme obligée de prendre les responsabilités sans et souvent contre son mari, présente souvent des périodes de neurasthénie, de surmenage.

VIE CONJUGALE ET FACTEURS SOCIAUX

Le mariage et les perturbations de la vie conjugale, les rapports entre le mariage, institution bio-sociale, et la genèse de certains troubles mentaux, ont suscité une riche littérature scientifique. L'école freudienne qui voit dans le mariage un des principaux aspects du refoulement et de la canalisation de l'instinct sexuel, lui attribue un rôle déterminant, tant dans l'apparition que dans le contenu des troubles fonctionnels de la vie psychique.

Cette conception, exclusive et étroite, ne tient pas compte des autres aspects du mariage-institution. Ceux-ci, cependant intéressent certaines conduites intentionnelles réglant les rapports avec autrui, et surtout les conduites d'hierarchisation sociale. A ce titre, l'épreuve du mariage peut intervenir dans la genèse de certaines manifestations morbides de la vie psychique ou bien constituer un test d'équilibre mental.

Le Célibat.

En 1870, André VERGA (79) étudie le célibat, le mariage et le veuvage et leurs rapports respectifs avec les maladies mentales. D'après cet auteur, le célibat n'intervient pas dans l'éclosion de troubles mentaux. Il n'en serait pas de même du mariage et du veuvage.

Parmi nos malades, deux catégories de célibataires : nous sont paru significatives : 1^o les jeunes femmes qui déclinent le mariage par le dévouement à leurs parents ; 2^o celles qui refusent le mariage, parce que célibataires par tempérament.

Dans le premier cas, il y a peut-être un certain déséquilibre à la base de cette piété filiale excessive témoignant d'une affectivité très puissante, mais mal dirigée. De plus, le mode de vie anormal qui en résulte, conduit à un isolement social précoce qui devient à son tour un facteur secondaire, mais important de la genèse des troubles.

OBSERVATION N^o 18.

Mme Y..., 49 ans. Célibataire, psychose hallucinatoire chronique à type de mélancolie anxieuse. Tour à tour couturière et employée de commerce, se tire à peu près bien de l'épreuve du travail, garde longtemps ses places. Vie de famille intense. Il n'y a que les parents qui comptent. Fille unique, ayant son père à sa charge, peu à peu abandonne ses nombreuses amitiés et relations de jeune fille. Un grand isolement s'ensuit de cette attitude peut-être inconsciente, mais qui équivaut à un refus de faire sa vie avec sa génération. Vit claustrée, travaillant à domicile, pour tenir compagnie à son père. A la mort de celui-ci se trouve brusquement non seulement sans but par son activité, mais face à sa solitude et découvrant sa réelle situation par rapport aux autres. Elle a vécu 14 ans avec son père, dit

sa famille, et maintenant la crainte de se voir seule au monde la rend malade.

Les célibataires par vocation manifestent un certain goût d'indépendance, plus rare chez les femmes que chez les hommes. Il serait excessif de considérer cette attitude comme témoignant toujours d'une mentalité asociale. Néanmoins la fréquence de célibataires chez des déséquilibrés, des démentes précoces, etc... démontre que les anomalies mentales les éloignent de la vie conjugale comme de tout lien social régulier.

OBSERVATION 19.

L... Jeanne, originaire du Lot, internée pour une psychose hallucinatoire chronique, mal systématisée avec automatisme mental, interprétations morbides hallucinatoires diverses, deux tentatives de suicide.

Elle vient à Paris, avec sa sœur, en 1905. Les deux jeunes filles s'installent d'abord chez un oncle et peu après, louent une petite chambre et se créent un intérieur à leur convenance. Les deux sœurs vivent toujours ensemble et préfèrent cette cohabitation à un autre arrangement, plus en rapport avec une vie sentimentale normale. La première liaison sentimentale de Jeanne se situe vers la quarantaine. Elle met dix ans à se décider à la cohabitation qui l'oblige à se séparer de sa sœur. Cependant, celle-ci continue à habiter la même maison. A 50 ans, Jeanne écarte toute possibilité de mariage, tenant plus à l'intimité avec sa sœur qu'à son ami. Et, bien que cette tendresse fraternelle se solde par 5 balles de révolver que sa sœur, lui tire un jour, à la suite de quoi, elle est internée à son tour, Jeanne ne change pas d'avis. Elle espère toujours réintégrer son petit intérieur, tricote des gants pour aider son ami à en payer le loyer, afin de garder son chez soi. « Ma marraine, ma sœur, dit-elle, étaient comme moi, nous ne sommes pas faites pour le mariage ».

Toutefois la majorité des célibataires, dans notre série qui comporte de nombreuses débiles épileptiques, relève avant tout de leur insuffisance sociale. Chez les idiots, les imbéciles, les débiles profondes, la question du mariage ne se pose pas. L'instinct sexuel dans ces échelons inférieurs de niveau psychique, ne s'extériorise que par des manifestations paroxystiques chez les hommes et chez les femmes, par des mésaventures occasionnelles.

Chez les débiles, il n'en est plus de même, et les aspirations au mariage se font jour dans des conditions qui ne peuvent que rarement se réaliser. Il y aurait tout un chapitre psychologique à écrire sur les *idylles hospitalières* de nos débiles, sur les humbles romans que déjoue la surveillance médicale, et dans lesquelles les familles tiennent un rôle de complicité parfois inimaginable : tout cela dénote l'inconscience complète qui règne dans le public vis-à-vis de la gravité de ces problèmes et nous donne une idée des conditions dans lesquelles s'effectuent les mariages des débiles.

Mais dans le plus grand nombre de nos observations, le célibat résulte de l'hospitalisation précoce. Ces débiles ont été placées lorsqu'on a constaté leur incapacité scolaire. Le plus souvent, un essai de reprise par la famille, vers 15 ou 16 ans a échoué, et le second internement cette fois dans un service d'adultes reste définitif.

Mariages avec des hommes âgés.

Parmi nos malades, nous avons relevé un certain nombre de cas de jeunes femmes mariées avec des hommes âgés. L'écart d'âge est considérable et varie de 25 à 40 ans. Le choix lui-même d'un pareil conjoint se montre anormal, de la part des femmes dont les appétences instinctives restent conservées secondairement. L'insatisfaction sexuelle qui résulte de ces unions en trouble le cours et sur le plan

social fait qu'elles agissent elles-mêmes comme facteur pathogène.

OBSERVATION N° 20.

M. Marcelle, 32 ans, veuve, sans enfant. Les certificats successifs rapportent la probabilité d'antécédents comitiaux, des troubles divers mal caractérisés et dont l'appréciation varie de la schizophrénie au pithiatisme, en passant par la psychose maniaque dépressive. Au physique, un faciès lourd, des cheveux roux. Elle a des appétits érotiques manifestes et vit dans un état d'onirisme constant. A la faveur d'une visite masculine dans le service, présente assez souvent des crises pseudo-comitiales. A été mariée à 19 ans avec un homme de soixante ans passés.

OBSERVATION N° 21.

F... Jeanne. Epileptique avec fond de débilité. Aspect agréable, physique avantageux. A 17 ans, elle est engagée par un pharmacien, en qualité de conditionneuse. Le pharmacien devient son ami. Cette liaison que la famille trouve à la fois flatteuse et intéressante, dure 11 ans. C'est une période de calme relatif, l'affection semble être compatible avec le travail. La vie est réglée et a un caractère d'heureuse stabilité.

Ayant perdu son emploi après la rupture avec le pharmacien, Jeanne trouve à s'employer dans un laboratoire de spécialités, où elle rencontre son futur mari. C'est un préparateur en pharmacie âgé de 65 ans, veuf, et qui en est à ses troisièmes épousailles, père de 11 enfants. Cet homme âgé s'installe avec elle dans un pavillon de banlieue et lui impose des excès d'ordre sexuel.

Le premier internement a lieu un an après, avec le certificat suivant : épilepsie, avec état dépressif associé.

Deux internements se suivent de près, deux tentatives de suicide, dont une en prévision de la sortie imminente.

A l'asile, caractère difficile des épileptiques, mais assez

bonne travailleuse. Les crises s'espacent, il subsiste de rares vertiges : tous les 15 jours environ.

Va souvent en permission chez sa mère qui travaille et ne peut la garder. Son mari déclare, en la faisant interner : « Je suis chômeur et n'ai pas les moyens de la garder. »

Chagrins et dissensions conjugales.

VERGA (73) constate chez ses malades, principalement chez les femmes, des cas fréquents « de folie à la suite de chagrins et de dissensions domestiques ». De nombreux auteurs partagent ce point de vue. Les perturbations de la vie conjugale, intéressent, en dehors de l'aspect sexuel du problème, la vie affective de la femme sur une très large échelle. La femme est très souvent atteinte dans son orgueil, dans sa dignité, et surtout dans ce que TRAMER appelle l'instinct du couple, besoin d'un être pour moi. LEROY et DUCLOS (50) rapportent le cas d'un couple de malades : l'une maniaque, l'autre épileptique. La maniaque, sortie la première, obtient la libération de l'autre. Les deux femmes vivent ensemble. La débile épileptique soigne sa compagne pendant toute la période de dépression, la surveille aux moments d'excitation. Les auteurs insistent sur l'absence de tout caractère sexuel de cette liaison.

La mésentente conjugale entrave quelquefois la destinée naturelle de la femme qui est la *maternité*. L'instinct maternel, trop négligé par les disciples de Freud, se trouve ainsi réprimé ou détourné de son cours naturel. Chez certaines femmes, l'insatisfaction qui en résulte, aboutit à la recherche de compensations irréelles, telles les idées délirantes de grossesse, étudiées par MARCHAND, par VIÉ et BOBÉ. Ailleurs, se produit un déséquilibre plus voisin de la psychonévrose, comme dans le cas que nous rapportons ici.

OBSERVATION N° 22.

B... Edwige, 39 ans, modiste, israélite polonaise. Trois internements successifs dans l'année, aux dates suivantes : le 17 janvier, le 23 avril, le 1^{er} août 1940. Les certificats d'internement constatent : « état maniaque, excitation légère, avec idées confuses de persécution, dissentiments conjugaux ».

A l'hôpital, cette excitation atypique aiguë se calme assez vite. Edwige manifeste toujours des préoccupations d'ordre familial : inquiétude au sujet d'une sœur malade. Aînée de trois sœurs, elle a un sens aigu de ses responsabilités.

C'est une hyper-émotive, qui souffre d'une réelle mésentente conjugale. Elle a une affectivité débordante, désire ardemment un enfant que son mari lui refuse. C'est un homme léger, insouciant et de plus, spécifique en traitement. Il ne tient pas à se créer de nouvelles responsabilités aggravées par la spécificité.

La famille attribue les troubles mentaux survenus chez Edwige assez tardivement, aux privations, au surmenage, aux constantes contrariétés de sa vie conjugale.

Vite guérie de l'accès qui a motivé l'internement, Edwige est rendue à une de ses sœurs, le mari étant mobilisé.

Deux mois plus tard, le même tableau clinique réapparaît. La malade, plus loquace, dévoile vite le fond de ses préoccupations de famille et de ménage. « Elle se considère comme la mère de ses cadettes, ses beaux-frères la traitent en belle mère. »

La grosse épine irritative est la mort en couches de sa sœur. Edwige se reproche son absence au chevet de la malade alors qu'elle aurait dû la soigner, pu la sauver. La famille ne lui confie pas l'enfant de sa sœur sur lequel elle se croit tous les droits. Elle se sent frustrée encore une fois de cette maternité légitime et en conçoit du dépit vis-à-vis de ses proches. De là de vagues idées de persécution concernant sa famille. « C'est un véritable complot, il faut qu'elle consulte un homme de loi. »

Cette fois-ci encore l'excitation tombe assez rapidement. L'entourage et la malade elle-même incriminent le milieu familial dans la genèse des troubles, le retour dans sa famille paraît contre-indiqué et nous la dirigeons sur la colonie familiale de Dun.

Nous la revoyons un mois après. Le troisième internement est pour une très large part imputable aux circonstances fortuites de l'exode (mai-juin 1940). Placée chez un nourricier à Dun, Edwige quitte la colonie parce que tout le monde part. Elle rejoint Paris par ses propres moyens et se tire d'affaire assez bien, cherche et réussit à reprendre son activité professionnelle, confectionne quelques chapeaux. C'est en demandant une allocation au Commissariat de Police, qu'elle se fait interner pour la troisième fois.

A l'entrée, elle présente le même tableau clinique qu'aux internements précédents, teinté d'un léger érotisme libéré par les pérégrinations de l'exode.

Depuis, elle reste à Maison-Blanche, relativement calme et s'occupant assez régulièrement. Isolée du monde extérieur, sa vie est rythmée par celle de l'asile. Elle a quelque difficulté à suivre les événements postérieurs à son internement et qui ont bouleversé l'existence des siens. Son mari est déporté dans l'Est, mais forte de son expérience du passé, Edwige attribue le manque de nouvelles au désintéressement de sa famille et se sent abandonnée.

Veuvage.

D'après VERGA (81), le veuvage entraînerait l'aliénation plus souvent que le célibat ou le mauvais ménage, et cela plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes. Ces troubles revêtiraient le plus souvent la forme de psychose maniaque dépressive, à prédominance de dépression ; quelquefois les idées de persécution, avec délire et agitation, dominent le tableau. L'auteur parle de « la mélancolie pure, mélancolie stupide, mélancolie maniaque, idées de suicide ».

L'isolement consécutif au veuvage est un aspect social du phénomène d'involution présénile étudiée par COURBON. Il s'aggrave quelquefois du fait du mariage des enfants qui quittent le foyer maternel.

OBSERVATION N° 23.

B... M. Psychose hallucinatoire chronique probablement ancienne.

Internée à la suite d'une consultation à Hen.-Rous. où elle s'est livrée à des actes de violence.

Hérédité psycho-pathologique chargée. Vie de famille digne. Veuve depuis 1914 a travaillé et bien élevé ses trois enfants. Première dépression mentale à la suite d'un gros choc émotif (mort de son mari). Sa psychose reste longtemps compatible avec le travail, mais prend des proportions inquiétantes depuis le jour où sa fille l'a quittée pour se marier. La peine, la crainte de rester seule se cristallise dans le thème systématisé de son délire : un syndicat s'est formé contre elle parce qu'elle est seule.

Séparation et divorce.

Les femmes séparées ou divorcées entrent dans la zone des cas-limites. Beaucoup de nos malades appartiennent à cette catégorie dans laquelle on distingue deux groupes assez différents :

1^o *Rôle pathogène de la séparation.* — Le sujet présente des troubles mentaux assez bien caractérisés. Le comportement, à un moment donné s'en trouve faussé et amène un acte absurde ou antisocial et l'internement. Mais l'ensemble de conduites est resté indemne. La vie de ces malades marque un certain effort d'adaptation et dénote quelquefois une conception saine et consciente de rapports sociaux. Les conditions de la vie conjugale et familiale,

particulièrement pénibles, paraissent plus ou moins participer à la genèse de leur affection.

OBSERVATION N° 24.

Mme P... Andrée, 59 ans, psychose hallucinatoire chronique. Epicière installée à son compte, active et capable, réussit bien au point de vue matériel. Le divorce est la cause première du déclassement social : désormais seule pour travailler, elle change deux fois de fonds de commerce, afin de pouvoir l'exploiter toute seule, finalement vend sa boutique et se place comme cuisinière. Réussit bien dans son nouveau métier, garde ses places bien longtemps.

De caractère très sociable, dévouée aux siens, elle semble avoir besoin d'une vie affective très intense. Pendant de nombreuses années soigne plusieurs membres de sa famille qui meurent un à un, la laissant seule au monde depuis 1919.

La psychose hallucinatoire chronique qui s'installe peu à peu, amène des démarches inconsidérées au Commissariat, en rapport avec son délire macabre, rempli de crimes et d'assassinats. Cependant, l'instinct social reste très vif. Mme P... garde un fond de caractère gai, enjoué. Courageuse et active, elle se trouve au centre de la vie sociale d'un groupe de malades qu'elle soigne, réconforte et amuse. Avec le temps, les phénomènes hallucinatoires s'amendent. Elle dit quelquefois : « je n'étais pas faite pour vivre seule, j'ai vendu ma boutique parce que c'était trop dur pour une personne seule. J'aurais dû avoir beaucoup d'enfants, je leur aurais gardé du bien. A force de vivre seule, on se farcit la tête de toutes sortes de choses ».

Mme P... garde une attitude très digne, discrète, au sujet de son divorce : je n'étais pas la femme qu'il fallait à mon mari. Je n'ai pas à dire du mal de lui ».

OBSERVATION N° 25.

C... Jeanne, internée à l'âge de 40 ans, pour une crise d'anxiété lors d'un séjour à l'hôpital Tenon. Antécédents familiaux chargés : père suicidé. Antécédents personnels :

salpingite, cholécystectomie. Fond psychique : hypochondrie, nervosité, fatigabilité.

Orpheline de père psychopathe à l'âge de 8 ans. Le remariage de sa mère en 1913 complique la vie familiale « ce n'était pas un mauvais homme », — dit-elle de son beau-père, « mais je n'étais pas sa fille et il avait ses enfants à lui », — Avant qu'elle ait eu son certificat d'études (à 12 ans), on lui fait abandonner ses études pour s'occuper de sa petite sœur.

A 16 ans, entrée dans la vie adulte pour le travail, Jeanne se place comme vendeuse en bonneterie. Bonne travailleuse, garde longtemps ses places. C'est une période d'équilibre relatif que vient rompre, à l'âge de 22 ans, le mariage avec un serrurier.

Le ménage s'installe chez les beaux-parents. Vite les dissensions dominent la vie familiale : « on n'était jamais seuls, on ne pouvait jamais s'expliquer franchement sans que les autres s'en mêlent ». Au bout de 8 ans de ménage, séparation et quelques années plus tard, le divorce à son profit pour inconduite ; le mari voulait installer sa maîtresse sous le toit conjugal. — « Je pensais me refaire une vie, mais à Paris c'est si dur ». — Jeanne a cessé de travailler après son mariage et ne s'y remet que quelques années plus tard, lorsque sa vie conjugale s'avère un échec total. Mais elle trouve et garde ses places moins facilement que dans le temps, la longue interruption y est pour quelque chose et la crise économique aussi. De 1933 à 1937 elle est au chômage. Seule au monde, elle n'arrive pas à arracher la pension alimentaire à son mari qui la lui doit. L'état de sa santé s'altère également. Elle n'a personne pour défendre ses intérêts. La conscience de sa solitude ne fait qu'accroître le sentiment d'anxiété qui finit par l'amener à l'asile. C'est une malade geignarde qui souffre réellement, mais qui « s'écoute » et qui exagère. En dehors de ses préoccupations hypochondriaques qui ne vont jamais au délire, jusqu'à la déraison, elle est normale. Elle échoue chez nous comme épave de la vie économique et conjugale, seule et sans ressources.

2° Chez d'autres, c'est l'*atteinte morbide* qui domine le tableau et qui imprime un caractère particulier à la vie conjugale. On pourrait dire que la candidate échoue à l'examen du mariage comme elle a échoué à l'épreuve du travail. Le sujet incapable de se soumettre aux disciplines du mariage, s'échappe quelquefois vers des formes de vie paraconjugales ; aussi de nouvelles mises en ménage marquent-elles souvent des essais de rééquilibration voués le plus souvent à l'échec. Ainsi se déroulent des existences plus ou moins aventureuses qui accusent par des étapes successives une dégradation progressive.

OBSERVATION N° 26.

Mme P... Vve F..., 39 ans. Déséquilibre mental, instabilité, troubles du caractère, parasitisme.

Hérédité chargée. Scolarité normale, certificat d'études à 13 ans, 3 ans d'apprentissage dans la couture. L'instabilité se manifeste dans le travail ; Mme P..., fait tour à tour des journées bourgeoises, les marchés, la domestique au besoin. A 20 ans, mariage avec un valet de chambre, maître d'hôtel. La jeune femme continue à travailler à l'atelier de couture jusqu'au jour où le ménage quitte la province. A Paris, le mari qui trouve un emploi chez un marchand de vin, se met à boire. La femme se laisse séduire par un ami du ménage, bijoutier, homme marié. Un an de vie oisive, dans une chambre d'hôtel, aux frais du bijoutier. Bientôt un ami Italien, vitrier de passage, vient la distraire de son désœuvrement. Elle l'entretient. Le vitrier l'emmène en voyage d'affaires en Italie, où il se livre à quelques escroqueries et disparaît avec l'argent de la dame. C'est du moins la raison qu'elle invoque pour expliquer l'homicide dont elle se rend coupable et à la faveur duquel on constate le déséquilibre mental qui motive l'internement en 1912. A la même époque, tentative de suicide. En 1917, remise en liberté. Après un bref séjour chez un frère qui l'emploie dans une manufacture de confection, elle cherche à se

rendre indépendante. A Toulouse, où elle travaille dans une cartoucherie, elle retrouve son mari qui s'est créé un autre foyer, mais qui renoue les relations avec son épouse légitime. Elle mène une existence irrégulière, pourvue d'une liste impressionnante d'amants et d'amis de passage. Elle cohabite avec un peintre qui élève les deux enfants qu'elle finit par avoir de son mari. Tout ce monde vit d'expédients, de bricolages, d'allocations et secours divers, dans une misère immonde. Enfin, lasse d'entretenir son peintre, notre malade finit par coucher sous les ponts, échoue à l'armée du Salut, à Maison-Blanche où elle nous dit avoir trouvé le bonheur.

En résumé : dans la jeunesse c'est le déséquilibre constitutionnel qui domine le tableau, à l'heure actuelle, c'est l'affaiblissement psychique présénile, mais toujours on note le parasitisme, l'incapacité sociale, une vie sordide et l'amoralité.

OBSERVATION N° 27.

Ch.: Renée, 34 ans, divorcée, sténo-dactylo.

Cette malade a fait l'objet d'une communication de VIE et RAUCOULE à la Société psychologique, le 13 juillet 1939, à propos des troubles psychiques consécutifs à une encéphalite. Ce qui nous frappe dans son histoire, c'est la coïncidence de la carence absolue du milieu familial et d'une vie dérégulée et en dehors de tous les cadres sociaux chez une jeune femme intelligente, instruite et ne manquant pas toujours de sens moral.

Renée est née à Bruxelles, d'un père consul de France et d'une mère artiste, ayant quelque renom en scène. Dès sa naissance, les parents se séparent de la petite-fille qu'ils confient à une grand'tante. A 7 ans, à la mort de son père, l'enfant est placée en pension chez des religieuses. La maman visite l'enfant deux fois par an.

Bonne élève, à 16 ans Renée a son brevet supérieur et gagne sa vie comme secrétaire, logeant toujours chez des religieuses. Pas d'ami, pas de relation, pas d'attache fami-

liale. Quelques brèves aventures sentimentales. En 1921, mariage avec un officier. Au bout de 3 ans, la mésentente conjugale qui amène le divorce, à ses torts, pour troubles du caractère et inconduite. Cependant l'encéphalite, partiellement responsable des troubles dont elle souffrira plus tard, est antérieure à son divorce. De ce mariage, deux enfants sont nés, que son ex-mari lui interdit de voir. Il épouse son ancienne bonne à laquelle il confie l'éducation des enfants.

Divorcée, Renée travaille. Pendant plusieurs années, un ami âgé (55 ans), dévoué et généreux, partage son existence. Il meurt, Renée se sent désemparée et seule. Elle a 28 ans, pas d'ami, une vieille tante et sa mère qui ne la voit jamais. C'est à cette époque qu'elle commence à s'intéresser aux pratiques spirites sur lesquelles nous reviendrons dans un chapitre ultérieur. Ce qui ne cesse de frapper dans cette existence, c'est la grande solitude morale et sociale. On sent que la malade n'a jamais adhéré à un milieu, à une famille, à un mode de vie, qu'elle ne s'est jamais intégrée à un monde social quelconque. Certes, il y a là une inaptitude psychologique. Mais aussi l'ambiance normale constructrice des conduites, a fait anormalement défaut. Son dernier ami attribue le manque d'ordre et de goût pour les travaux ménagers ainsi que l'absence totale de coquetterie à la carence maternelle. Sur le tard, d'ailleurs, Renée cherche des cadres qui pourraient servir de mécanisme régulateur à son existence par trop incertaine.

Elle pense rarement à ses enfants : « Je n'ai pas été élevée par une mère », — nous dit-elle — « et n'ai pas été plus mère que la mienne ».

C'est une instabilité pathologique, impossibilité de se fixer dans un monde d'existence familial déterminé qui non seulement révèle une mentalité morbide, mais une personnalité incomplète, socialement inachevée, manquant de cohésion, et d'unité intérieure. De là, l'incapacité de suite dans le comportement et l'absence de principe directeur dans le domaine moral, de là, l'isolement, la vie en marge de la société. Mais la carence familiale incontestable intervient également, comme facteur psychogène.

OBSERVATION N° 28.

W..., Marie, 39 ans, Luxembourgeoise, cuisinière, célibataire, un enfant.

Débilité avec idées de filiation : se croit la fille de « Maison de France ». Bouffée délirante.

Quitte son village natal à 20 ans, pour travailler en France, en Belgique, en qualité de domestique, 7 ans plus tard, amène son enfant à la maison maternelle. Dès lors se désintéresse des siens, ne paie jamais la pension du petit à sa mère, femme de condition modeste. Nombre impressionnant d'aventures sentimentales. A la suite des événements de 39-40, sa famille la fait rechercher par l'intermédiaire de la légation de son pays ; mais enfermée dans son univers délirant, Marie refuse tout contact avec les siens, dont la condition modeste est en contradiction avec ses idées de filiation royale. Cependant, son affectivité n'est pas tout à fait tarie. A l'hôpital Marie est autoritaire, mais serviable. L'on est en présence d'une mentalité morbide. C'est le délire qui détermina une prise d'attitude anormale vis-à-vis de sa famille et de son enfant. Nous attribuerons son désintéressement de son fils plutôt à la débilité et à l'inconscience qu'à la perversité naturelle. Marie ne se rend pas compte que le bébé devient garçon, homme. Elle est désorientée dans cet espace de temps que constitue une existence humaine, n'ayant pas suivi elle-même les étapes normales de son évolution. A 18 ans, son fils qu'elle a vu la dernière fois bébé, s'engage dans la marine, et périt en mer lors d'un sinistre.

Cette catastrophe arrache Marie à ses rêves de grandeur et la ramène au réel. « Je n'ai jamais vu mon enfant depuis 1925 —, nous dit-elle — et c'était déjà un homme, ce n'est pas à mon âge que j'en aurai un autre. Il s'est engagé sans me consulter, mais il ne me connaissait guère. La vie passe si vite ». Elle demande à rentrer chez elle.

Mariages morbides.

Certains ménages constituent une mise en commun de deux mentalités aberrantes ou déficitaires ou même morbides. Tel débile demande en mariage une pensionnaire de maison d'aliénés, pour des raisons d'intérêt, de cadastre ; un autre entame une correspondance avec une malade, sœur d'un camarade de régiment, avec les intentions les plus sérieuses. Les mariages entre les femmes de la zone et les Algériens anatopiques ne sont pas exceptionnels, avec des résultats déplorables, séparation, divorces, modes de vie absurdes.

Le conjoint malade crée une atmosphère, une ambiance familiale que son entourage subit quelquefois passivement. Si la personnalité du malade est plus forte que celle de son conjoint normal, il lui impose un mode de vie de pathologique ; la vie du couple prend une allure particulière, rythmée sur les manifestations périodiques de troubles mentaux. Ou bien, le malade délirant avec conviction absolue, entraîne son conjoint dans ces conceptions délirantes. Le conjoint ne délire pas, mais il ajoute foi aux affirmations de la malade ; le minimum de vraisemblance qui conférerait quelque crédibilité aux assertions habituelles des maniaques, des persécutés, varie avec le niveau intellectuel, la suggestibilité, la personnalité du conjoint normal.

OBSERVATION N° 29.

R... Violette a fait chez nous 8 séjours pour psychose périodique, le plus souvent sous forme de manie, quelquefois accès de dépression.

Elle s'est mariée à 17 ans. Dans l'intervalle de ses crises, son mari la trouve affectueuse et bonne femme d'intérieur. Jusqu'à son premier internement, à la suite d'une période

de dépression, avec tentative de suicide, vie conjugale normale. Mais depuis, sa vie n'est qu'une longue suite de dérèglements. Le mari, marchand forain, s'absente beaucoup et n'a pas de rapports avec sa femme à laquelle il semble pourtant tenir. Il accepte la vie à trois et même à plusieurs. Violette quitte le domicile conjugal à trois reprises et c'est toujours un prodrome de crise imminente pendant laquelle elle prend son mari en grippe.

A quarante ans passés, c'est toujours une belle fille et qui ne manque pas de cachet. Elle a l'allure d'une gitane habituée à évoluer parmi les hommes. Elle réclame du tabac à l'interne du service. A chaque nouvelle histoire sentimentale qui coïncide avec une crise elle dit dans son langage à la fois cru et précieux « Monsieur H... mon mari est venu me voir, il est fou de chagrin, mais cela me laisse froide ». A chaque sortie, le mari généreux, fait une tentative d'une nouvelle installation, sans beaucoup de succès. Cependant, un jour, le flagrant délit constaté au domicile conjugal, fait déborder le vase et l'époux jusque-là patient, se désintéresse d'elle. Ce coup rend Violette désespérée.

Elle reconnaît l'absurdité de sa conduite, et l'on a l'impression qu'une attitude plus ferme de la part du mari aurait pu quelque peu freiner les écarts de la conduite, la crainte et l'intérêt étant le commencement de la sagesse. Mais de ces deux personnalités, c'est celle de la maladie qui l'emporte, plus puissante, plus vigoureuse et qui impose son comportement morbide au conjoint normal, mais plus faible.

OBSERVATION N° 30.

(*Psychose passionnelle à thème érotomaniacque*, VIE
et ROCOULE, Société médico-psychologique,
27 novembre 1939).

Ch... Clémence, 36 ans, employée de bureau. C'est une excellente employée, intelligente, instruite, et dont la maladie n'entame pas la capacité de travail. A partir du moment où elle est entrée au service de M. de V..., directeur de banque,

elle a l'intuition d'un amour partagé. Elle entoure l'objet de sa flamme de multiples attentions qui font rire d'abord et finissent par la faire déplacer dans un autre service. Cette mesure, au lieu de la calmer, est interprétée dans le sens de sa passion et insérée dans le système délirant. Elle poursuit le Directeur de nombreuses lettres d'amour, se croit aimée et épousée de lui par un procédé magique. C'est pourquoi elle se sépare de son mari, prend un logement à part, entame une procédure de divorce.

Les démarches inconsidérées auprès de M. de V... sont cause de scandale et aboutissent à l'internement. Cette réaction brutale ramène Clémence au réel. Elle a une vision plus saine des choses, reconnaît son rôle d'érotomane. Semble faire amende honorable et renonce à son délire. Son mari la reprend.

L'initiative du divorce vient de la malade qui l'a demandé en raison même de son délire. C'est donc la maladie qui disloque la vie du ménage. Mais il y a lieu de souligner, que le mari s'y prête avec bonne volonté, ajoute foi aux produits de l'imagination morbide de sa femme. L'encadrement familial de Clémence n'est pas fait pour endiguer sa déraison. La mère, autoritaire, a une attitude de paranoïaque : « il doit y avoir du vrai dans cette histoire, ma fille ne peut pas avoir tort ». C'est elle qui impose le mari de son choix à la jeune Clémence ; il est sensiblement plus âgé qu'elle (14 ans). C'est un homme faible, vaniteux, un peu débile. Il a cru à ce roman d'amour entre sa femme et le directeur de banque, en était un peu flatté. En apprenant la vérité, il paraît un peu déçu dans sa soif d'altruisme, inconsolable d'avoir si peu à pardonner. N'oppose à la mentalité paranoïaque de sa femme qu'un caractère mou, bonasse et sans ressort.

Quel que soit le rôle de tous ces facteurs énumérés, leur importance relative, le lien de cause à effet que réunit quelques-uns entre eux, et l'enchaînement de leurs éléments, il est difficile d'en dégager une vue d'ensemble.

Les données statistiques se préoccupent presque exclusivement du nombre de mariages et de divorces. MORGENTHALER, de Berne (56) étudie de plus près 150 couples dont au moins un conjoint présente des troubles mentaux. Sur le chiffre total de 300 sujets, il y a 95 individus mentalement sains, dans le sens large du mot. D'après l'auteur, lors des perturbations chroniques graves de la vie conjugale, l'on peut admettre qu'un des conjoints a des traits psychologiques anormaux. De tels cas relèveraient de la psychothérapie. Chez les hommes, la schizophrénie, la schizoïdie et la psychopathie dont le domaine est mal délimité, dominant le tableau. Chez les femmes, la schizoïdie, la schizophrénie et l'hystérie sont les plus fréquentes. Chez les dépressifs « l'affect » est dirigé contre le malade lui-même, et non pas contre son conjoint. Dans bien des couples non sans heurts et dissensions, le conjoint agressif soigne bien son partenaire dépressif.

En étudiant les rapports d'une catégorie particulière de malades avec le conjoint, soit normal, soit anormal, l'auteur constate ce qui suit :

1° les anormaux de prédisposition (anlagemässige Anomalie), parmi lesquels l'auteur compte les psychopathes, les schizoïdes et les hystériques, ont rarement un conjoint normal, alors que les schizophrènes sont mariés avec des normaux MORGENTHALER (56) explique ce fait par l'apparition tardive de l'affection après le mariage. De plus la schizophrénie, par interaction de deux mentalités chez les conjoints, aurait une action apaisante sur le partenaire dit normal, même s'il présentait auparavant quelque tendance à la névrose.

2° En groupant les malades suivant le diagnostic et par rapport au conjoint, l'auteur constate que la plupart des malades ont un partenaire bien portant. Mais les hystériques, les schizoïdes et les psychopathes constituent des groupes nombreux, avec un partenaire souvent anormal.

Les couples morbides présentent rarement la même affection mentale.

L'auteur compare le résultat de ses recherches aux chiffres et aux conclusions de l'étude de KRETSCHMER (56) sur 170 couples normaux. Les sujets de KRETSCHMER étaient dans 60 % de cas tout à fait inégaux, quant à leur équilibre et à leur mentalité. Dans 21 % de cas un des conjoints était cyclo-thymique, ayant pour partenaire, soit dans 60 % de cas des sujets appartenant au même groupe, soit des schizothymiques, dans la proportion de 12 %. Le même phénomène caractérise le choix du partenaire chez le schizothymique : le conjoint présente une constitution différente pour ne pas dire à l'opposé. KRETSCHMER interprète ses constatations comme résultat de la finalité d'attractions érotiques (ZWECKMASSIGKEIT der erotischen Anziehung). Nous ne saurons partager cette opinion, car le mariage ne se conclut pas toujours sur la base de l'attraction sexuelle. Ce point de vue semble être entaché d'un parti pris finaliste *a priori*.

Adoptant la même méthode de statistique, à savoir la constitution cyclo ou schizothymique, MORGENTHALER (56) arrive aux mêmes résultats numériques que KRETSCHMER. Les deux auteurs ne croient pas à l'incompatibilité irréductible d'humeur comme raison déterminante de conflit entre époux. Les tempéraments contraires semblent pouvoir s'accorder ; il semble, d'une manière générale, exister des points de contact, quelle que soit la prédisposition. Cependant, dans certains cas, il y a accord, dans d'autres le conflit est manifeste. Pour beaucoup d'auteurs, le caractère spirituel du mariage l'emporte sur les données biologiques. Pour un, il s'agit d'un problème ou d'un devoir — Aufgabe, pour un autre d'une science — VAN DE VELDE (56) HAVELOCK ELLIS (56) parle d'un art, BECK et BRUNNER (56) d'un commandement et d'un ordre — Pour OSWALD SCHWARTZ (56) il s'agit d'une institution.

En présence de ces tendances à la spiritualisation, l'auteur rappelle que la base biologique du mariage se rapporte à l'existence des communautés animales. Il préconise par ailleurs lui-même une étude approfondie du mariage, une préparation au mariage, etc.

Toute théorie, tout essai de philosophie du mariage unilatéral ne nous paraît pas pouvoir embrasser la complexité de la question. Il est permis de considérer que tout individu a sa formule personnelle qui se traduit par sa morphologie, par sa physiologie et par sa structure psychologique, tous ses facteurs intimement intriqués, les uns solidaires des autres. En partant de ce point de vue, la thèse de la finalité de l'attraction sexuelle, basée sur la conception biologique des rapports conjugaux, est soutenable et expliquerait les possibilités d'accord latentes. Mais le mariage est également une institution sociale qui intervient dans la détermination des conflits. Lorsque les considérations d'ordre social vont à l'encontre de tendances biologiques, c'est une source possible de conflits, si, par exemple, elles président au choix du partenaire au détriment de l'attraction naturelle. Il n'est point nécessaire d'envisager cette opposition entre le biologique et le social ; des facteurs d'origine sociale peuvent également engendrer ces perturbations de la vie conjugale, sans substratum sexuel comme corollaire ou comme fond indispensable. Et pratiquement, il s'agit d'établir le bilan des facteurs en présence : facteur biologique, facteur psychologique, facteur social peuvent chacun pour son compte former le point de départ de phénomènes morbides qui retentissent à leur tour sur les autres sphères. Ce n'est qu'après avoir analysé de nombreux cas individuels, que l'on pourra arriver à une synthèse satisfaisante.

CHAPITRE III

Rapports avec les groupements divers.

- I. Besoin des cadres sociaux chez les psychopathes.
- II. Associations d'occultisme.
- III. Associations politiques et religieuses.

Parmi les mobiles qui poussent les malades à adhérer aux groupements divers, politiques, religieux, autodidactiques, l'on décèle des facteurs qui interviennent normalement dans l'utilisation des loisirs, et d'autres qui relèvent de la pathologie.

Chez nos malades on peut y voir une réaction de défense. Le sujet cherche à remédier de la sorte à l'indigence de sa vie sociale, car ce type de malades se recrute dans la majorité de cas parmi les grands isolés.

Les instables, les déséquilibrés, les asociaux, « les malades de la fonction sociale », en quête de principe directeur de la conduite, tentent de s'insérer de cette manière dans les cadres de la vie collective. Le goût de certains schizoïdes plus ou moins débiles sociaux, plus ou moins sevrés du réel, pour les activités autodidactiques creuses, sans aucun rendement social, préside au choix du groupement. A l'encontre du sujet normal, l'adhérent psychopathe est un désœuvré, un oisif.

BESOIN DE CADRES SOCIAUX CHEZ LES PSYCHOPATHES

Le groupement représente la forme supérieure de la vie sociale. L'individu normal et le malade peuvent y chercher un champ d'activité, l'aire de projection de leur personnalité qui n'arrive pas à se réaliser pleinement et à s'exprimer dans les cadres de leur vie professionnelle ou familiale.

Le but que ces diverses associations proposent à l'activité de leurs adhérents, les tâches qu'elles leur assignent, dépassent l'intérêt individuel. Ainsi les conduites supérieures, celles de l'action, de direction, du progrès entrent normalement en jeu.

Les circonstances générales de la vie sociale moderne stimulent ce besoin de rassemblement chez le malade et chez le normal ; la multiplicité de problèmes et de conflits de la vie professionnelle, l'instabilité et la dissociabilité des éléments de la vie collective, favorise par un réflexe de compensation, l'éclosion des associations et groupements divers censés remplacer les cadres de la vie sociale en train de se défaire.

Témoins des résultats et du déséquilibre croissant de la vie sociale et spirituelle, les associations de toutes sortes attirent un certain nombre de psychopathes et des prédisposés. Les pratiques et les activités de ce genre précipitent quelquefois la cristallisation d'un processus morbide resté latent jusque-là et participent à la psychogénèse de certains troubles chez les prédisposés, par la libération des formes de la pensée et des tendances inférieures.

La tendance de l'esprit au merveilleux, et les pratiques magiques qui en résultent apparaissent ainsi aux périodes des troubles et des bouleversements sociaux, les *Annales Méd. Psych.* de 1853, citent le cas d'un ancien représentant de la Chambre de 1851 qui, devenu spirite, s'est rallié au régime impérial à la suite des appels supra terrestres.

ASSOCIATIONS D'OCCULTISME

Des associations spirites, les réunions autour de la table tournante, les cercles d'études métapsychiques, jouissent d'une grande faveur, auprès des déséquilibrés de toutes sortes. Leur allure mystérieuse, le langage pseudo-scientifique exercent un attrait irrésistible sur les cerveaux mal faits et vulnérables. Nos adhérentes à ces groupes se recrutent souvent parmi les femmes ayant quelque peu d'instruction, des employées de bureau, dont le degré d'instruction et la profession dépassent légèrement le niveau de leur ambiance naturelle, très convaincues de leur supériorité. On m'a toujours trouvée extrêmement intelligente», nous dit l'une d'elles. Une autre affirme : « Mon mari est un simple ouvrier, il ne saurait comprendre des aspirations supérieures ». La naïve vanité de certaines débiles y trouve de quoi s'alimenter.

Mais leur système neuro-psychique supporte mal le contact journalier avec le surnaturel. Bientôt cette activité dépasse les cadres d'une occupation ludique, une utilisation de loisirs fait irruption dans le domaine des activités pragmatiques. Les procédés magiques s'introduisent de la sorte dans les pratiques courantes de la maladie et aboutissent au dérèglement de son comportement. Suivant le fond psychique du sujet, sa réaction morbide est du type agressif ou dépressif, il se sert des forces occultes dont il se croit le maître ou bien les puissances surnaturelles qu'il craint avoir déchaînées et offensées, provoquent de l'appréhension et aboutissent à l'anxiété.

OBSERVATION N° 31.

D... Marie, Vve R... A... 57 ans, sténo-dactylo. Délire d'influence à thème spirite. Employée au Ministère à l'autre guerre, Marie cesse de travailler après son mariage qui a

lieu en 1919. Pas d'enfant. Des loisirs. Un certain degré de curiosité intellectuelle. Il y a environ dix ans, elle a commencé à fréquenter les milieux spirites et à pratiquer l'occultisme. Après avoir suivi les conférences des D^{rs} VACHET et BÉRILLON, s'est affiliée à l'« Institution Mondiale de Vie Impersonnelle ». Le début de ces fréquentations coïncide avec une période de chocs affectifs. La malade perd en peu de temps ses parents et son mari, son isolement va donc en s'accroissant. En 1936, ayant entendu dire que « l'Institution Mondiale » était une succursale de la franc-maçonnerie, Marie prend peur et s'en retire. Autour de ce noyau se cristallise un vague délire mal systématisé : interprétations des divers phénomènes d'automatisme mental.

Dans sa jeunesse employée active et capable, ayant assuré un service assez important de 1914 à 1918, elle tâche de se remettre au travail à la mort de son mari, mais n'arrive pas à garder ses emplois, reste deux ans au chômage. La guerre en 1939, lui procure un emploi de sténo-dactylo au Ministère des Armements.

L'exode de 1940 la trouve tout à fait désespérée. Séparée des siens, n'arrivant pas à rejoindre son service, elle ne peut pas faire face à la situation et s'avère au-dessous de sa tâche. Affolée, elle fait des démarches inconsidérées, voire même absurdes. La plainte qu'elle dépose contre les sociétés d'occultisme, amène l'internement. Cependant, sans cette brusque rupture d'équilibre, Marie se serait peut-être maintenue apparemment au niveau de sa vie réduite de désœuvrée. La confrontation avec des responsabilités au-dessus de ses moyens, met à jour la destruction des disciplines du travail, la déficience mentale, la psychose restée latente jusque-là.

OBSERVATION N° 32.

Dans un chapitre précédent, nous avons parlé d'une malade encéphalitique Ch... Renée. Cette jeune femme, après une jeunesse très orageuse, semble s'être fixée pour une période de relative stabilité, auprès d'un ami qui

s'occupe d'elle et à qui elle semble être très attachée. La mort de cet ami, de 25 ans son aîné, l'affecte beaucoup. C'est une grande isolée. C'est à cette époque qu'elle commence à s'intéresser au spiritisme. Lors d'une des séances auxquelles elle a pris l'habitude d'assister, elle ne peut résister à la tentation d'évoquer l'esprit de son défunt ami. Dès cet instant, elle sent toujours sa présence rassurante auprès d'elle. Mais le déséquilibre de la malade va en s'aggravant et les choses finissent par se gâter : la présence bienfaisante se convertit en une influence néfaste. Renée trouve une explication personnelle à cette métamorphose : une entité malfaisante s'est emparée de l'état civil de sa chère ombre et s'est substituée à son ami auprès d'elle. De ces expériences naît une théorie inspirée de la métempsychose : la quintessence des êtres morts est absorbée par la terre qui se nourrit de leur suc et les rend ensuite à l'ambiance : êtres vivants, paysage, objets fabriqués. C'est ainsi qu'on perçoit partout la quintessence sous l'aspect de têtes minuscules, s'emboîtant les unes dans les autres, par les yeux, chaque œil devenant une tête à son tour, et ainsi *ad infinitum*. Cette théorie qui sert d'explication aux troubles neuro-psychiques de notre malade, est pour elle un sujet de légitime fierté. Renée entreprend des démarches auprès des personnages du monde scientifique ou des institutions officielles (le Prof. Jean PERRIN, l'Académie des Sciences), expose sa théorie à une « Conférence des Guérisseurs ». Elle y trouvera des sources d'une activité délirante sur laquelle nous aurons encore à revenir.

Le mysticisme plus ou moins enfoui dans l'inconscient, se fait jour et se manifeste à la faveur de doctrines ésotériques. L. BENDER et Z. JARREL (6) rapportent le cas de 18 internés de race noire, disciples de « Father Divine », suivant strictement l'enseignement nouveau (Chant, danses, continence sexuelle). Les troubles mentaux se manifestent par l'excitation maniaque, avec délire et extase ; dans deux cas les malades se désintéressent des responsabilités du foyer et négligent leurs enfants. L'épisode mystique aurait provoqué des troubles chez des prédisposés, par le proces-

sus de surcharge affective imposée à une personnalité pré-psycho-sique, chez des individus issus d'une race réputée par l'extrême susceptibilité de son excitation émotionnelle.

Peu de nos malades présentent un délire mystique ayant modifié leur comportement social. En dehors de deux anciennes encéphalitiques dont une a fait l'objet de publication de Lhermitte, nous citerons le cas d'une domestique débile chez laquelle l'ambiance de pratiques religieuses a fourni le contenu à des phénomènes d'automatisme mental, préexistant à l'épisode délirant. On notera chez cette malade une imprégnation bacillaire, un certain degré de sensibilisation, de réceptivité à la suite d'une existence psychique indigente, vide de toute charge affective.

OBSERVATION N° 33.

M... Eugénie, domestique. Bouffée délirante mystique chez une hystérique débile.

C'est une fille chétive, avec des antécédents probables de tuberculose osseuse. Belge, cadette d'une famille de quatre enfants, elle n'a jamais connu son père. A la mort de sa mère, les enfants sont confiés à l'Assistance publique. Une de ses sœurs est religieuse.

Eugénie est placée comme bonne à tout faire à l'Œuvre de l'Association philanthropique de la Plaine Saint-Denis, y reste 15 ans, et vague à ses occupations à la veille de sa grande crise. Un dimanche, après la messe, elle s'est prosternée sur les dalles de l'église de Saint-Denis, refuse de bouger, ce qui amène l'internement d'office.

A l'interrogatoire, nous apprenons que les phénomènes d'automatisme de l'écriture remontent à deux ans environ, interprétés par la malade dans le sens de son mysticisme, « sa main écrit toute seule, cela ne saurait être que Jésus qui la conduit et ce, pour sauver la France ».

Eugénie a toujours vécu dans une ambiance de piété. Elle est suggestible, débile et hystérique. Elle se sent fortement attachée à la communauté religieuse. D'ailleurs du fait même du caractère religieux du délire, la famille

« Eugénie a quelque peine à admettre notre diagnostic. « Ma sœur est tombée à genoux à l'église nous écrit-on, il n'y a pas de mal à cela » ; je l'ai trouvée, 4 jours après son internement raisonnant tout à fait bien ».

Les modifications du comportement effectuées sur le plan même de l'ambiance familiale n'avaient ainsi pas semblé révélatrices d'une altération mentale.

ASSOCIATIONS POLITIQUES ET RELIGIEUSES

Comme le remarque VALENSI LÉVY (77) la prolifération des associations politiques est propre aux périodes de conflits et de troubles sociaux. A ces époques, la vie collective se traduit dans sa forme inférieure des manifestations grégaires, par une régression générale des conduites intentionnelles : la mythomanie et la suggestibilité marquent la dégradation de la personnalité.

Les troubles mentaux en rapport avec les crises sociales, apparaissent chez les prédisposés, dont c'est souvent le premier accident psychopathique.

CODET (17), d'une part, DUPOUY et LECONTE (34), de l'autre, rapportent des cas de malades présentant une réaction dépressive à la suite de leur nomination à la fonction de délégué d'usine. D'après CODET, les facteurs psychogènes de cette réaction sont : « le sentiment de responsabilité nouvelle », le conflit entre le jugement personnel et une attitude outrancière imposée par l'ambiance, « surmenage émotionnel causé par la nécessité de s'adapter à une situation imprévue ».

Il s'agit d'une rupture d'équilibre consécutive à la brusque modification de rapports entre le sujet et un groupement censé représenter la collectivité. On notera l'importance de l'élément contrainte.

A côté de ces psychoses dépressives, l'on rencontre, chez le prédisposé à fond de débilité ou de tempérament de paranoïaque, des réactions exaltatives. La brusque ascension sociale lui confère à ses propres yeux une importance démesurée, « lui donne, dit CODET, l'illusion de pouvoir trancher définitivement des questions des plus techniques et les plus complexes. Cette illusion vaniteuse flatte aisément les esprits débiles qui en tirent un dogmatisme aussi intransigeant que sincère ».

Nos malades femmes ne participent qu'indirectement à la forme politique de la vie sociale. Les échos de la lutte, des conflits et de crises ne leur parviennent que comme une complication de l'existence en dehors du foyer. L'on note, chez quelques anxieuses, la crainte du « syndicat », qui tient ses assemblées chez le voisin, comme leitmotiv du délire. Une seule de nos malades qui présente des séquelles de démence précoce manifeste des vellétés d'activité politique ; présidente-fondatrice et unique adhérente de « La Ligue Nationale des Chômeurs », elle distribue des tracts de son association.

La rareté relative des troubles de cet ordre parmi nos malades en rapport avec l'activité au sein des groupements divers n'est pas pour nous surprendre. La prospection serait plus riche dans un service d'hommes. Elle s'explique aussi par le niveau de la clientèle des Hôpitaux psychiatriques, ainsi que par son niveau de culture dans l'ensemble assez peu élevé.

CHAPITRE IV :

Travail et moyens d'existence.

- I. L'épreuve du travail.
- II. Le chômage.
- III. Travail et conditions de vie.

Le problème du travail, inséré dans l'ensemble de conditions de vie, présente une face sociale et une face psychologique, les deux étroitement intriquées. Une des tendances fondamentales, le besoin d'activité, y trouve son épanouissement. Par l'épreuve du travail, l'individu accède à sa pleine valorisation sociale, s'insère dans la collectivité, acquiert de la sorte son indépendance et son autonomie. Les conduites de hiérarchisation ne sont concevables que par rapport aux relations qu'engendre le travail. Le milieu professionnel, les cadres tout faits qu'offre l'organisation sociale du travail fournissent les directives, modèlent partiellement les conduites et achèvent ainsi la structure psychique. Le travail se trouve être un des tests les plus importants d'intégrité mentale ou de développement mental et l'expression significative du mode de la vie sociale.

ÉPREUVE DU TRAVAIL

Les débiles profonds, les idiots, les épileptiques graves sont d'emblée écartés de toute activité professionnelle. Pris

en charge par la famille ou par la collectivité, ils sont à inscrire au bilan de pertes du fait de leurs infirmités. Lorsque celles-ci sont un peu moins prononcées, il y a quelquefois une tentative de gagner la vie, aux degrés les plus bas de l'échelle de professions : manœuvre, ouvrière non qualifiée et surtout bonne à tout faire ; tentatives qui se soldent invariablement par un échec, pour les motifs de crises plus ou moins fréquentes, casse de vaisselle, ou autre manifestation d'insuffisance professionnelle.

Le mode de travail de l'artisanat et le travail dans les cadres familiaux à domicile, est plus compatible avec les débilités moyennes et les manifestations de la comitialité assez espacées. Associées à des parentes normales, sœurs ou mères, des malades de cette sorte gagnent leur vie comme couturières confectionneuses, brodeuses, monteuses de perles en couronnes. Elles gardent un rythme du travail individuel et évitent les heurts et les complications de la vie en atelier. Ce sont des « bricoleuses ».

Une de nos malades, épileptique, présente des troubles du caractère assez graves et qui rendent pratiquement impossible tout travail au contact des autres internées ; elle gagnait sa vie jusqu'à la mort de sa mère qui lui a appris le métier de monteuse de couronnes en perles et aux côtés de laquelle elle arrivait à obtenir un rendement satisfaisant.

Suivant l'âge auquel se manifeste l'affection et selon la classe sociale de la malade, les démentes précoces ne travaillent plus, ou n'ont jamais travaillé. En effet, dans les couches populaires la Démence précoce frappe des ouvrières déjà autonomes au point de vue économique : dans les milieux aisés ou intellectuels, elle s'attaque aux sujets en cours d'études. Dans certaines démences précoces, évoluant par poussées, le travail est possible, avec un bon rendement, dans les intervalles libres.

Une jeune sténo-dactylo présente deux poussées aiguës

à manifestations multiples de démence précoce, avec intervalle de deux ans. Très sensible à l'insulinothérapie, à deux reprises elle reprend son travail dans une grande entreprise, avec récupération totale de ses capacités professionnelles.

Les grandes déséquilibrées, les instables, les futures démences paranoïdes restent fréquemment dans la gamme des métiers mineurs, tout près du bricolage, tant par instabilité que par désintérêt.

Les psychoses hallucinatoires entament rarement à elles seules, la capacité professionnelle. Même si le travail devient pratiquement impossible à la suite de conceptions délirantes et de leur transposition dans l'ambiance sociale, la compétence, le rendement, restent assez souvent indemnes. L'on voit cette catégorie de malades travailler jusqu'à la veille de l'internement à la grande satisfaction de leurs employeurs.

Une de nos hallucinées, actrice dramatique ayant quelque renom, des relations étendues et des amitiés puissantes, une vie sociale riche, une vie professionnelle réussie, tient la scène pendant plusieurs heures de suite, participe aux trois représentations théâtrales la veille même de son internement.

OBSERVATION N° 34.

Mme L... Rose, née en 1882, femme de ménage. C'est une Psychose hallucin. chronique, particulièrement intense. Son délire violent à thèmes tragiques, amène à la fois l'interruption du travail et l'internement, les employeurs de la malade étant englobés dans le système délirant.

Internée, le délire reste toujours aussi actif et dramatique, meurtres, assassinats, sans changer de substance, il s'étend sur le personnel hospitalier, censé poursuivre l'œuvre d'extermination de toute la famille. Sa conviction délirante est si absolue que tout contact raisonnable avec le personnel paraît presque impossible. Si les détails du délire restent

vagues dans son esprit, c'est plutôt par excès de schématisation.

Cependant l'affectivité reste intacte. Abandonnée à 28 ans par son mari, elle a trois enfants, dont une internée démentement précoce, qui demeure à l'asile. La guerre amène une brusque modification des rapports avec sa famille et la prive des menues douceurs qu'elle lui procurait. Pour pouvoir acheter quelques friandises et objets de toilette à sa fille, également internée à Maison-Blanche, la malade qui jusque-là refusait tout contact avec le personnel, se met à travailler à titre onéreux.

La qualité du travail est excellente. C'est du tricot fin et Mme L... fait preuve de goût, d'initiative, de patience ; elle a quelques notions de coupe. Extrêmement irritable d'ordinaire, elle admet cependant les suggestions concernant le travail. Elle adopte l'attitude de bonne ouvrière, correcte, sachant son métier, soucieuse de satisfaire sa clientèle. En même temps, elle vit parallèlement sur un autre plan psychique, la vie intense et confuse de son délire. Mais d'elle à son interne, sur le terrain du travail, une bonne entente s'établit. La confiance acquise s'étend ensuite au delà des relations d'intérêt ; à la fin, Mme L... nous introduit dans l'univers de ses préoccupations morbides. En même temps, le personnel constate un certain adoucissement dans son comportement. Moins irritable, elle devient sinon plus docile, du moins un peu plus perméable aux exhortations

Dans ce cas la rupture du lien social s'est opérée manifestement du fait de la maladie rendant impossible la vie en liberté. Cependant la technique même du travail, la conception de son but, des rapports qu'il engendre, restent saines. Le travail s'avère de bonne thérapeutique, adjuvant intéressant des prescriptions habituelles.

Parasitisme.

A côté de ces déchets par déficience ou troubles mentaux graves, de ces « recalés de l'examen du travail », l'on

note des oisifs, de diverses nuances, en commençant par la femme entretenue et en finissant par les parasites professionnels exploitant toutes les institutions d'assistance et qui, par le jeu combiné du bricolage et des secours de toutes sortes, se créent une existence marquée à la fois par la misère, le désœuvrement et la sordidité.

OBSERVATION N° 35.

J..., 50 ans. Déséquilibre mental, accès confusionnel. Femme de ménage, apte tout au plus aux plus gros travaux. A 20 ans, le premier mariage, avec un manutentionnaire, dont elle a deux enfants. La nécessité de travailler est la grande déception de son expérience conjugale. » On ne se marie pas pour travailler » nous confie-t-elle. Plusieurs années de bricolage : porteuse de pain, de journaux, jusqu'à la guerre qui absorbe tous les bras disponibles, dans l'industrie de munitions. Peu après, séparation et divorce. En 1930, remariage avec un veuf, de 20 ans son aîné et qui a deux enfants de son côté. Les époux, d'un commun accord, décident d'éliminer les enfants du nouveau « foyer ». En 1937, veuvage. Jeanne traîne une existence d'épave et pratique toutes les formes de parasitisme : escroquerie de l'allocation, soupes populaires, centre d'hébergement ; elle paraît s'accommoder très bien de ce mode de vie. Réussit à se faire admettre à l'hospice de vieillards de Villers-Cotterêts où elle croit enfin réaliser son ancien rêve : le bon mariage. Jeanne convole pour la troisième fois en justes noces avec un pensionnaire de la maison, comme elle bénéficiaire de diverses formes de l'assistance, dont les enfants sont placés par les soins de la préfecture du Nord. Les nouveaux mariés quittent l'hospice à la faveur d'un congé, mais ne le réintègrent pas, attirés par les gains substantiels et faciles dans l'industrie de guerre. Cette prospérité inattendue finit mal pour Jeanne, son époux l'abandonne.

C'est une femme robuste qui proteste de son désir de travailler, mais accepte l'ouvrage avec une mauvaise volonté

évidente. Caractère instable, orgueil et vanité des débiles, fonds mental de grande indigence. Elle a l'attitude et la mentalité-type de parasite. Le parasitisme trouve son expression sociale sur le plan du mariage et sur celui du travail.

OBSERVATION N° 36.

J... Gabrielle, 53 ans, célibataire ayant adopté le fils de son ami. Neuro-syphilis torpide. Internée en 1936 pour vols absurdes. En 1931, tentative d'homicide.

Danseuse à l'Opéra de 8 à 18 ans, dès sa 19^e année se fait entretenir par un riche sud-Américain dont elle adopte et élève l'enfant. Au bout de 18 ans, le faux ménage se défait, le Chilien parti avec la meilleure amie de la danseuse qui continue à s'occuper de l'enfant. Elle s'installe dans le midi dans une vie oisive, pourvue de riches mensualités venant d'Amérique. A l'internement on constate, en dehors des signes somatiques et humoraux d'une S. nerveuse patente, « un affaiblissement intellectuel notable, débilité morale, incapacité de vivre seule au dehors ».

Ainsi cette affection évolue depuis de longues années chez une malade que la vie parasitaire de femme entretenue maintient à l'abri du contact avec la réalité. On conçoit difficilement son état compatible avec une activité ordonnée quelconque. La psychose organique occulte, la spécificité, ne sont pas soignées du fait même de l'oisiveté de la malade.

La débilité sociale est une forme spéciale du parasitisme supérieur. Les sujets appartenant à cette catégorie ont toutes les capacités voulues pour acquérir la technique du métier et présentent souvent des aptitudes remarquables. Les difficultés commencent avec la valorisation sociale des techniques acquises. Souvent entâchés d'une certaine schizoidie foncière, ces malades se recrutent parmi les déclassés, les transplantés, les anatopiques par rapport à leur milieu d'origine, du fait du déclin, ou d'une anti-

nomie imputable aux tendances individuelles, et à la différence de niveau mental ; anatopiques aussi au regard de la collectivité au sein de laquelle ils évoluent, sans y adhérer. Il en résulte une structure mentale particulière, des prises d'attitude vicieuses, des comportements inadéquats. Vieilles demoiselles se livrant à des travaux de peinture et copiant des adresses, vieux étudiants peuplant les bibliothèques, ils se contentent d'un niveau de vie médiocre et d'une activité désintéressée, sans aucun rendement social. C'est presque toujours la famille qui subvient à leurs modestes besoins. En cas de carence de l'entourage, on assiste au drame de la déchéance.

Quelquefois, la vie en dehors des contingences et des réalités sociales leur confère un aspect de fausse jeunesse, une adolescence prolongée que nous avons déjà qualifiée de sclérose juvénile. N'ayant pas confronté leurs aptitudes avec les exigences et avec les épreuves de la vie collective, ils se figent dans l'attitude mentale qui n'est plus celle de leur âge et marquent ainsi un arrêt d'évolution. Le système de références d'une existence normale ne joue plus par défaut de points de repères qui permettraient de mesurer les réalisations personnelles à l'échelle de valeurs objectives. Le sujet ne peut se situer correctement sur le plan social. C'est pourquoi les jalons qui marquent les étapes évolutives de l'existence normale, n'ont aucune signification pour lui. Ce n'est pas un réfractaire, un non-conformiste, mais plutôt un arriéré social, désorienté dans l'espace et dans le temps social.

OBSERVATION.

B... Vve P... de R..., 44 ans, émigrée russe, sans enfant. Internée pour vagabondage, avec les diagnostics suivants : Psychose hallucinatoire chronique, P. paranoïde, affaiblissement résiduel d'une psychose ancienne. Existence

parasitaire et oisive depuis 1924, date de la mort de son mari. Occupe ses loisirs par une vague activité autodidactique et artistique, fréquente des cours divers. Moyens d'existence : subsides versés par un ami compatriote jusqu'à la guerre 1939. Brusquement sans ressource à la suite d'un changement survenu dans l'attitude de son bienfaiteur, se livre au vagabondage, dans un moment de désarroi. Depuis l'internement, la question de sa subsistance semble être définitivement résolue pour elle : « puisque j'ai été psychanalysée, reconnue malade, c'est fini, je n'ai plus à m'en occuper » et elle en est soulagée.

Si l'oisiveté systématique, érigée en mode de vie habituel, est la marque de psychisme anormal, dans d'autres cas elle est occasionnelle et survient par le jeu de circonstances. Chez les prédisposés, son rôle, psychogène, est alors incontestable. La brusque carence des disciplines du travail facilite la libération des tendances morbides.

OBSERVATION.

D... Germaine, célibataire, sans enfant, 44 ans. Déséquilibre mental, kleptomanie par épisodes de caractère obsédant. Antécédents familiaux chargés : père alcoolique avec delirium tremens. Ambiance familiale : élevée par sa mère, séparée de l'époux alcoolique, et par son oncle. Bonnes études, mais enfance et adolescence tourmentées par de nombreuses maladies et une nervosité constitutionnelle. A 20 ans, entre dans une banque comme comptable et depuis vit 10 ans environ aux côtés de sa mère. Germaine considère cette période comme la meilleure de sa vie. A 30 ans, grosse crise morale parce qu'elle doit se résoudre à quitter sa mère, à la suite d'une liaison avec un ami riche qui l'installe dans une large aisance. Il voyage, la laisse souvent seule, A la faveur de l'oisiveté et de l'isolement conjugués, du brusque relâchement de la discipline du travail, elle commet son premier vol. Lorsque cette liaison vient à expirer, 8 ans

plus tard, Germaine continue à vivre au jour le jour jusqu'à la mort de sa mère et l'épuisement de ses ressources. Ensuite, la tentative de réadaptation au travail échoue lamentablement : tour à tour femme de chambre, ouvrière dans une confiserie, à 20 francs par semaine ; elle continue quand même ses vols absurdes dans les grands magasins. La malade constate elle-même la coïncidence de la première manifestation morbide avec le brusque élargissement de son pouvoir d'achat. En même temps, ne se fait pas livrer les objets payés. A noter que sa nouvelle existence ne substitue pas à la discipline du travail défaillante, une autre conduite ; celle du mariage, même dans ses formes irrégulières, celle de la maternité. Le cerveau de déséquilibrée, de psychopathe latente résiste mal à cet éternel dimanche.

Changement de profession.

Parmi les malades qui travaillent, certaines gardent leurs emplois très longtemps et se trouvent désemparées lorsque des circonstances extérieures les obligent à changer de place, par exemple à la mort des patrons. Les changements fréquents d'emploi ou de profession se font sous le double signe de la conjoncture économique et de l'état mental du sujet. La déchéance sociale progressive qui en résulte marque l'inadaptation du sujet, lorsqu'elle est imputable aux facteurs sociaux : décès du mari, ou son brusque départ, changement brutal des conditions matérielles ou du travail, tâche trop lourde pour une femme seule, de gérer ses biens et ses intérêts, etc... Par ailleurs, c'est l'évolution et l'aggravation de l'affection mentale qui entraîne la diminution de la valeur professionnelle et amène le déclassement du travailleur. Dans d'autres cas encore, l'instabilité préside à ces multiples changements. La bizarrerie de certains d'entre eux devient un symptôme, un véritable élément sémiologique.

Le chômage également intervient pour une large part

dans les motifs déterminant le changement de métier, et souvent l'âge constitue un handicap sérieux, pour débiter dans une nouvelle profession, ou même pour y accéder.

Certaines affections, nous l'avons vu, semblent atteindre, inhiber ou détruire le besoin même d'activité, d'autres en modifient le rythme, le but, l'objet. Le besoin d'activité peut persister en tant que dépense de forces, alors que l'instabilité et la désorganisation des conduites empêchent tout effort pragmatique, toute activité appliquée.

En outre des modifications que la maladie apporte au travail normal, l'activité du sujet peut s'exercer en rapport avec son délire ; c'est là une profession morbide, si l'on veut, mais pas désintéressée et confère ainsi au délirant une raison sociale. C'est le cas de certaines voyantes et guérisseuses.

Nous ne pouvons qu'indiquer ici cette question de l'utilisation pragmatique des délires, qui a été soulevée à la Société médico-psychologique le 12 janvier 1939 par la présentation d'une guérisseuse mystique par BARTIMOR, LAIGNEL-LAVASTINE et Ch. AMEL.

OBSERVATION.

C... Renée. Nous avons eu à plusieurs reprises à parler de cette malade férue de pratiques spirites. Renée a un jour l'inspiration et la révélation de posséder un fluide bienfaisant qui pourrait servir à apaiser les maux. Elle s'en sert par le procédé d'apposition des mains, d'abord dans le cercle restreint de son entourage, ensuite se fait une petite clientèle fidèle, guérit les plaies « des humeurs froides », en huit séances.

Elle communique sa découverte à une « conférence de guérisseurs », conçoit même l'exploitation sur une plus vaste échelle de ce don merveilleux ; le pouvoir magique par opposition est transmissible par l'eau conditionnée suivant les usages pharmaceutiques. Renée attribue l'échec de

son entreprise à la malveillance des corporations médicale et pharmaceutique réunies : « dans ma bouteille, il y en a pour vingt francs et du fluide pour 10.000 personnes, c'est de l'exercice illégal de la médecine et de la concurrence pour le corps médical ».

LE CHOMAGE

L'instabilité de la vie sociale, la dissociabilité de ses éléments désaxent et désorganisent les structures psychiques initialement normales ou presque. La terrible maladie chronique de la société, le chômage, provoque une série de troubles psychiques fonctionnels. Elle rend la lutte économique beaucoup plus âpre et précipite ainsi l'élimination des plus faibles du circuit de l'activité professionnelle. Les conditions de vie résultant du chômage sont manifestement psychogènes. D'autre part, le chômage peut frapper électivement les prédisposés, ce qui expliquerait la fréquence des troubles mentaux. Dans l'étude sur les rapports du chômage et de la psychopathie que nous avons faite avec FAIL et notre Maître J. VIE nous abordons les deux aspects du problème. Aussi n'en retracerons-nous ici que les grandes lignes.

L'insécurité, la menace du chômage, à elles seules, sont des facteurs psychogènes. FALKOWSKI parle de la névrose de la crise économique apparentée à l'assécurose de LAIGNEL-LAVASTINE. D'après Israéli (Social science research council), « les conditions de la vie moderne sont devenues si difficiles que l'état mental des individus se trouve influencé par la persistance du déséquilibre social. La terreur du lendemain remplace l'horreur du passé dans les ruminations douloureuses des mélancoliques anxieux... Sauf chez le maniaque irréductible, optimiste et chez le schizophrène indifférent à tout ce qui n'est pas son rêve,

partout on retrouve l'inquiétude de l'avenir et parfois à tel point qu'elle constitue le noyau obsédant d'un véritable état pathologique ».

Le chômage atteint le psychisme par un processus complexe qui intéresse différents domaines de la vie mentale. Il opère tout d'abord par *choc moral* qui provoque un traumatisme initial auquel le sujet réagit plus ou moins bien. Bientôt le découragement de ne pas trouver d'emploi, s'y surajoute. A côté des réactions aiguës, accès confusionnels, délire, l'on note des manifestations psychopathiques polymorphes : des névroses du chômage qui relèvent du domaine de l'hystérie, le type réactionnel dépressif et obsessionnel, celui des « humbles » et le type exaltatif et protestataire celui des « fiers ». Pour les premiers l'insuffisance économique est une vraie hantise qui aboutit à des psychoses anxieuses, conjuguées souvent avec les déficiences viscérales de l'involution.

Les « fiers » de fonds mental opposé, sont des revendeurs quérulants et agressifs qui, parfois basent un délire sur le droit au travail.

La brusque rupture du niveau de vie antérieur dont parle VIE, occasionne une très profonde désadaptation du sujet de son ambiance naturelle dans tous ses éléments : crises et conflits de logement, modification des rapports avec le conjoint, du fait des nécessités économiques.

Enfin, « le chômage réalise une rupture avec la réalité ambiante en désinsérant l'homme de son cadre social. On n'a pas insisté assez sur la nécessité pourtant impérieuse de sujets de cadres tout faits à l'intérieur desquels leur activité s'exerce. La discipline de l'école et surtout celle du service militaire, plus tard la règle du travail, sont devenus pour eux l'ossature même de leur personnalité sociale. Lorsque ce cadre vient à manquer, c'est la continuité, la cohésion, la directive principale du comportement qui s'effondrent ».

L'action destructrice de l'oisiveté. Vie réduite.

Le désœuvrement libère des tendances inférieures, dont la manifestation la plus répandue est l'accroissement de l'alcoolisme consécutif au chômage. Chez les adolescents, l'affaiblissement du sens moral qui n'a pas encore atteint la fermeté de la maturité, se traduit par la tendance à la délinquance (TARGOWLA et Mlle SERIN).

L'individu subit une double dégradation : 1^o par la déchéance sociale, conséquence directe de l'incapacité économique ; 2^o par la diminution de ses capacités professionnelles et psychiques. « Employées de bureau (VIE, FEIL et Mme OPOLON) deviennent garde-malades, gouvernantes, bonnes à tout faire, avant d'être réduites à l'état d'épaves sociales ».

Combinés, les deux aspects de la dégradation conduisent à une organisation de la vie dans le parasitisme résolu à la base duquel on trouve la conception du chômage comme droit à l'oisiveté.

« Une seule catégorie présente une adaptation normale au niveau de vie réduite que comporte la modicité de l'indemnité allouée, celle des débiles aux besoins réduits qui peuvent ainsi longtemps subsister au dehors, bricolant quelque peu, et menant une vie semblable à celle qu'ils auraient par exemple dans une de nos colonies familiales ».

D'une manière générale, les sujets réagissent en présence des douloureux problèmes que soulève le chômage en fonction de leur équilibre mental constitutionnel, et de leur ambiance naturelle. L'encadrement familial garde ici toute son importance, tant par les possibilités matérielles et que par l'atmosphère morale qu'il crée autour du chômeur.

LE TRAVAIL ET LES CONDITIONS DE VIE

En raison de la complexité de la civilisation, l'emprise du travail et de ses nécessités va toujours en grandissant. Toute l'organisation de la vie individuelle et familiale est réglée par rapport à ses exigences. Il en résulte des perturbations des conditions de vie dont les répercussions dans le domaine des maladies mentales sont d'une ampleur inquiétante. Déjà, en 1884, Eug. CHARPENTIER attire l'attention sur le rôle de la profession dans le développement des maladies mentales, du fait de leur insalubrité, des conditions du travail. Ses folies diathésiques seraient, en partie, imputables à l'encombrement de l'atelier, à l'air vicié, à la fatigue, au surmenage, à la misère, à l'alcoolisme. Et depuis, l'industrialisation outrancière a opéré des transformations de structure sociale d'une autre envergure, imposé au corps et à l'esprit des charges et des fatigues autrement épuisantes. Dans son étude « vers une psychiatrie sociale » notre maître, J. VIÉ, en a étudié les principaux éléments. La densification des contacts engendre et exacerbe les conflits. L'extension des villes et son corollaire, les modes de locomotion moderne imposent une fatigue supplémentaire à l'effort du travailleur. « Le rythme vital nouveau », « résultat de la transformation du milieu physique dans le triple domaine du bruit, de la lumière, de la vitesse », est une source constante de surmenage, en créant l'état de préfatigue dont parle l'ingénieur belge MERCKX, cité par VIÉ.

Malgré les mesures de sécurité et de prophylaxie, l'on voit se multiplier les accidents du travail qui ont suscité toute une législation et toute une littérature psychiatrique. Pour en expliquer la fréquence et le mécanisme, il suffit de se rappeler le surmenage du système nerveux soumis à des sollicitations excessives en fréquence et en intensité.

Il n'est point besoin de les interpréter dans le sens de l'école freudienne (11) comme une manifestation du sentiment de culpabilité ; mais le désintérêt, le détachement de l'objet de l'effort interviennent incontestablement dans la genèse des accidents du travail.

La spécialisation outrancière qui conduit à la pulvérisation du travail en opérations fragmentées, suivant l'expression imagée de DONAGGIO en fait une « véritable opération de dissociation psychique » (VIÉ).

Le processus de fixation du sujet dans certaines opérations électives diminue son amplitude d'adaptabilité, alors que, par une opposition tragique, la plasticité psychomotrice demeure une condition primordiale de réadaptation, afin de conjurer la menace de chômage en rapport avec l'instabilité économique. Une de nos malades fut successivement métallurgiste, déformeuse en chaussures, mouleuse en T. S. F., puis monteuse de piles électriques. Chaque changement nécessitait un apprentissage nouveau, un effort d'adaptation, auquel cette femme a cessé de faire face.

C'est à cette profonde transformation des conditions de vie que notre maître, J. VIÉ, attribue l'impressionnante augmentation du nombre d'aliénés. Nous lui laissons la parole : « De 52.334 aliénés, pour la France en 1875, on passe à 73.641 en 1890, à 101.401 en 1912 et malgré la forte hécatombe combinée de la guerre et de la grippe à 11.900 en 1930. En 50 ans, de 1875 à 1925, la population des asiles avait doublé alors que la population du pays, dans le même temps, ne s'élevait que de 37 à 40 millions. Pour le seul département de la Seine, le nombre des internés passe de 10.098 en 1877 à 22.775 en 1932. Et tandis que pour l'ensemble du pays la proportion de l'aliéné est de 1 pour 330 habitants, elle s'élève de 1 pour 210 dans le département de la Seine. Tous les pays enregistrent un accroissement parallèle dont témoignent les chiffres réunis par BER-

sor (8), le nombre des psychopathes pourrait être évalué, d'après Toulouse, à fois dix le nombre des internés. »

Cette orientation de la vie sociale moderne, sous le signe de la production et du rendement, ne tient pas compte de l'élément humain, de ses limites biologiques, physiologiques et psychiques, De là, la standardisation de la vie, au delà de ces limites. Mais, outre que cette orientation paraît contestable en son principe même pour le médecin, il semble qu'elle va à l'encontre du but proposé. Ce que l'on gagne ainsi apparemment en rendement, est contrebalancé par l'énorme taux de déchet du matériel humain.

En plus de l'usure physiologique prématurée, de la sénilité précoce l'on voit remonter le niveau mental de base, indispensable pour assurer la fonction du travailleur. Les tâches les plus simples exigent une attention soutenue et, antinomie tragique, l'équilibre et l'intégrité mentale que les conditions créées par les exigences du travail, sont en train de compromettre, sinon de détruire. Les troubles mentaux des moins graves, certains déséquilibres, certaines dysrythmies, cessent d'être compatibles avec le travail organisé et socialement efficient. Non seulement le travail, mais même la vie autonome devient impossible dans les grands centres, pour certaines structures psychiques atteintes de légères infirmités. Il y a là quelquefois du déchet pur, une perte sèche occasionnée par la nécessité de travailler aux heures fixes, à jet continu, avec un débit réglé. L'on sait bien des sujets, dont la valeur professionnelle est loin d'être négligeable, tant au point de vue de la qualité qu'à celui de la quantité, et qui s'accoutument fort mal de ce régime de travail, contraire à leur rythme propre.

Il en résulte en même temps une modification de la qualité de l'aliéné. Le nombre croissant des incapables économiques ne laisse de frapper, parmi nos internés. De plus en plus, l'on aboutit à l'asile d'une manière passive

non pas pour acte antisocial, mais pour insuffisance économique. A côté des épaves de la lutte pour l'existence, toutes sortes d'infirmités viennent grossir les rangs des habitués des asiles : des débiles, des épileptiques, des séniles que les conditions de vie dans les grands centres éliminent progressivement du foyer familial. L'organisation de l'habitat et les exigences du travail leur refusent la place et le temps nécessaire.

CHAPITRE V

De l'internement.

- I. La rupture du lien social.
- II. Motifs de l'internement.
- III. Internements évitables.
- IV. La sortie.
- V. Incrustation à l'asile.

LA RUPTURE DU LIEN SOCIAL

Est psychopathe celui, dont la structure psycho-sociale est incompatible avec les mœurs, coutumes et modes de vie du groupe au sein duquel il est appelé à évoluer. Lorsque cette incompatibilité passe du domaine de la sensibilité et de l'intelligence dans celui de l'action, le psychopathe devient un aliéné internable. Ainsi conçu et pratiqué, l'internement est un phénomène social qui se caractérise par la rupture d'abord du lien et ensuite du contrat social qui unit l'individu à la collectivité. La mesure d'éviction en est le résultat logique et l'application pratique.

L'aliénation, le fait de devenir étranger à son groupe viennent de la mentalité morbide. C'est le cas des affections aiguës, accès confusionnels, dont le tableau dramatique et quelquefois le caractère paroxystique effraient l'entourage du malade et rendent pratiquement impossible la présence au foyer.

Citons en un pris parmi tant d'autres exemples :

OBSERVATION N° 37.

T... Lucienne, manutentionnaire aux Galeries La Fayette. Confusion mentale, aiguë qui éclate brusquement chez une jeune fille en bonne santé apparente, « en plein travail, à la suite d'un choc émotif violent : départ pour les armées de son frère et de son fiancé ».

Chez les schizoïdes, chez certaines démentes paranoïdes, la désinsertion du cadre social s'opère progressivement. Il faut que la désintégration de la personnalité soit assez poussée pour que la vie apparemment normale devienne impossible. C'est le cas de toutes les psychoses sournoises et évoluant à bas bruit. Il en est de même de certaines affections chroniques et des infirmités organiques, des démences séniles, des épileptiques.

Les poussées subaiguës revêtent un caractère de périodicité. Le sujet et son entourage sont familiarisés avec l'idée de l'apparition des troubles, avec leur évolution probable. Plus souvent que dans d'autres catégories de malades, l'internement ne se fait pas principalement comme mesure d'éviction ; l'hôpital psychiatrique présente dans ce cas un terrain de coopération entre le médecin et la famille ce contact peut influencer utilement le choix de la thérapeutique et permet plus tard de conseiller le malade lors de la sortie.

MOTIFS DE L'INTERNEMENT

La rupture du contrat social peut se manifester d'une manière passive, ou par acte agressif, mais toujours le malade enfreint la règle du comportement considéré comme normal.

Incapacité sociale. Vies sordides.

1° *Le malade ne remplit pas ses obligations sociales.* Le mode de vie morbide, consécutif aux conceptions délirantes on

au désintérêt affectif, s'impose quelquefois à l'entourage immédiat du malade. Telle hallucinée n'ouvre jamais ses fenêtres, se barricade chez elle, ne fait jamais son ménage, et incommoder ses voisins par la malpropreté et les odeurs désagréables. Telle autre, persécutée, centre son délire sur les membres de sa famille ou sur le voisinage, d'où scènes et disputes sans ménager le repos des voisins. D'autres fois, les voisins impliqués dans le système délirant, sont pris à partie. Ces contraventions plus ou moins graves contre les règles de la vie en commun déterminent les réactions de défense de l'entourage que l'un de nos camarades a nommé « réactions d'immeubles ».

OBSERVATION N° 38.

P... Anne, psychose périodique. Le certificat d'entrée constate : « pendant plusieurs mois, la malade laisse sa maison dans l'obscurité, les volets sont soigneusement fermés, pour éviter les regards indiscrets et la mauvaise curiosité des voisins. La maison est sordide, dans un état de délabrement lamentable, les meubles sont démontés ou brisés, détritiques de toutes sortes : morceaux de bois, chiffons, vieux ustensiles sont entassés dans tous les coins, la malade elle-même est en haillons ». Des mois entiers la famille subit ce mode d'existence, pour pouvoir la garder, puis finit par louer un autre logement, laissant à la malade le terrain où elle peut donner libre cours à son délire.

2° A côté de ces menus délits de la vie sociale, l'on note des actes *antisociaux majeurs* ; il y a danger pour autrui, tentative d'homicide toujours possible, quelquefois réciproque ; ou bien des idées de suicide, et danger pour la malade elle-même.

OBSERVATION N° 39.

T... Anne, poussée délirante en rapport avec une psychose d'involution. Tentative de suicide par défenestration.

La famille reprend la malade, malgré l'avis formel du médecin. Quinze jours plus tard, suicide par pendaison.

OBSERVATION N° 40.

P... Eugénie, 45 ans, veuve ayant un fils unique. Psychose hallucinatoire chronique, avec idées de persécution violentes, centrées sur sa bru. Hautaine, agressive, insociable, même en dehors de son délire. Se définit elle-même : « Je ne sais pas vivre comme les autres ». Fond mental de paranoïaque. Motif de l'internement : tentative d'homicide à deux reprises, par étranglement, sur la personne de sa bru.

Le scandale peut être motif d'internement. Une de nos malades, alcoolique chronique, se trouve accidentellement mêlée à une rixe dans un café. Son passé d'éthylique, avec deux internements dans ses antécédents, détermine un internement d'office, après expertise préalable et interdiction absolue d'accorder la sortie.

Des démarches absurdes, inconsidérées, un simple délit de filouterie amènent des malades à l'Infirmerie spéciale du Dépôt où le plus souvent, l'on constate des troubles mentaux divers. Ainsi avons-nous eu affaire à une débile, femme de 40 ans, entretenue par un amant septuagénaire qui a échoué à l'asile pour avoir tenté de plaider la cause de son pays auprès du Chef d'Etat d'un pays voisin.

OBSERVATION N° 41.

M... Germaine, ouvrière non-spécialisée, arrêtée et internée à la suite d'une filouterie de taxi, prise en défaut pour grivèlerie. Engagée dans une usine travaillant pour la défense nationale, touche des salaires appréciables, en disproportion avec son niveau de vie et ses ressources habituelles. De là, un brusque aggrandissement du moi, phénomène normal, mais qui chez cet être fruste, sinon débile,

se traduit par des achats inconsidérés : un triple jeu de casseroles (elle vit en hôtel et ne fait presque pas de cuisine), des coupons de dentelles, etc..., déplacements en voiture qui aboutissent, deux fois en l'espace de 8 jours au commissariat du même quartier. Le salaire de la semaine est dépensé aux Grands Magasins du Bon Marché.

3^o *Internement pour incapacité économique par déficience mentale.*

La malade n'est ni dangereuse ni malfaisante, mais ne subvient pas à ses besoins. Dans *certaines déficiences mentales*, cette catégorie d'internement est secondaire à la disparition de l'élément protecteur par mort des parents ou modification des conditions économiques de la famille. Dans le premier cas, c'est une conséquence indirecte de l'exiguité de la surface sociale des débiles, des arriérés, etc. Elle est donc indirectement imputable à l'affection mentale. La brusque diminution des ressources de la famille est quelquefois liée à un phénomène social plus vaste, chronique si c'est le chômage, ou aigu : bouleversements sociaux.

OBSERVATION N^o 42.

S... Estérina 47 ans, née à Salonique. Célibataire, séquelles légères de démence précoce simple. Depuis dix ans, elle refuse de quitter sa chambre. Avant cette période de clausuration, se rendait tous les jours au même cinéma et occupait la même place. Orpheline de père et de mère, elle reste à la charge de sa famille, de ressources modestes. La guerre, avec les restrictions alimentaires et les conditions de vie actuelles, l'amène à l'asile.

OBSERVATION N^o 43.

B... Jeanne. Internée à 23 ans, avec le diagnostic de démence précoce. Calme à l'Asile, devient exigeante auprès de sa mère qui de temps à autre, la prend en permission.

Ces tentatives se soldent toujours par un échec ; la malade nous revient au bout de quelques jours, sa présence au foyer étant incompatible avec le travail de la mère au dehors.

OBSERVATION N° 44.

B... Débilité mentale profonde, aurait présenté des troubles du caractère. A l'asile, douce, calme, travailleuse. Aboutit à l'asile pour incapacité économique. Placée comme domestique, perd sa place au bout de trois jours pour casse excessive de vaisselle. Le motif qui a directement déterminé l'internement, est la mort de sa mère.

Incapacité économique des épaves.

Nous distinguerons deux groupes : a) l'affection mentale est patente, la malade est même quelquefois porteuse de lésions organiques. La psychose est antérieure au chômage, à la déchéance qui en sont la conséquence.

b) Les malades sont arrêtés pour vagabondage et dirigées sur les asiles. Les troubles mentaux qu'elles présentent sont souvent malaisés à classer, allant de la débilité simple aux vagues P. H. résiduelles. L'internement est dû aux circonstances fortuites, occasionnelles, mais le sujet demeure à l'asile, faute de domicile et de ressources.

INTERNEMENTS ÉVITABLES

Pour le médecin, le malade est justiciable d'internement, si l'isolement constitue un moyen thérapeutique. En dehors de cette indication, tous les autres traitements peuvent être institués dans des services ouverts. L'internement n'est moralement justifié, écrivait déjà Frantz ADAM en 1912 (dans sa thèse sur les internements abusifs), que lorsque l'asile d'aliénés s'impose comme étant le seul et le

meilleur moyen de traitement et d'assistance. La nécessité de l'isolement au titre thérapeutique ou par mesure de défense sociale restent les seules raisons valables de l'internement. La thèse de CAUSSE parue en 1937 et consacrée à ce sujet, abonde dans le même sens (15). Les deux auteurs expriment le désir d'éloigner des asiles les enfants arriérés et imbeciles, les vieillards atteints de sénilité légère, les délires inoffensifs des délirants, dociles, les psychoses aiguës toxi-infectieuses, les névrosés divers, les petits mentaux, les abouliques, certains épileptiques. Leur place n'est pas dans un établissement fermé, plutôt contre-indiqué pour ces malades suggestibles. L'ambiance des asiles, la promiscuité et le contact des grands malades, leur régime de vie, sont peu propices à la rééducation ou à l'éducation de la personnalité.

C'est au service d'épileptiques que nous rencontrons les cas les plus démonstratifs de ces internements dont le facteur capital réside dans la carence familiale.

OBSERVATION N° 45.

M..., Raymonde, épileptique. Antécédents familiaux et personnels chargés. Père alcoolique, mère décédée, alcoolique également, mythomane. Antécédents personnels : méningite avec convulsions et paralysie qui rétrocede. Depuis, crises comitiales avec le cortège de signes habituels, jugulées par les barbituriques. Physique avantageux, caractère vif, coléreux, affectivité et sociabilité bonnes, légère tendance à la mythomanie. Ambiance familiale défavorable, père buveur, remarié et ayant deux enfants du second lit, s'accommode mal de cette enfant difficile. Les tentatives d'autonomie économique restent infructueuses : Raymonde perd ses places de vendeuse ou de bonne en raison de ses crises. Le travail familial, auprès d'une tante ne réussit pas mieux : le débit de vin ne semble pas être très indiqué pour une épileptique jeune débile et jolie.

A l'asile, l'administration systématique du gardénal fait disparaître les crises. Raymonde s'occupe régulièrement, avec un rendement satisfaisant. Pas de troubles du caractère. Elle nous quitte au bout de trois mois, pour vivre auprès d'une tante, épicière en province. L'exode la ramène à Paris de sa propre initiative, elle vient à l'Hôpital à Henri Rousselle chercher une ordonnance de gardénal et des directives. Une existence à peine subnormale serait tout à fait concevable pour cette malade dans une ambiance familiale saine. Cette vie ne devrait pas s'écouler fatalement derrière le grillage d'un pavillon de maison d'aliénés, n'était la carence familiale.

OBSERVATION.

M... Emilie, 49 ans, ancienne épileptique, qui présente encore quelques rares vertiges. Pas de troubles du caractère, légère préciosité, léger affaiblissement psychique présénile. Internée à la suite de la mobilisation de son mari. Aucun membre de la famille ne veut se charger de la surveiller, ni de l'héberger. A l'asile, se montre calme, docile.

Le facteur familial joue dans la détermination de l'internement un rôle important. Bien des internements ne se feraient pas sans le désintérêt, sans la désolidarisation des familles de leurs membres légèrement déficients. Les conditions d'habitation, les contingences économiques ont également leur part de responsabilité dans les internements abusifs. Dans les milieux aisés, le déficient, le taré ou considéré comme tel, dépare quelquefois le tableau familial. De plus, la condition sociale de la famille lui interdit d'utiliser ses services, alors que dans un milieu simple, les malades de cette catégorie peuvent se rendre utiles.

LA SORTIE

L'importance de l'ambiance familiale s'avère aussi primordiale lorsqu'il s'agit de faciliter ou d'entraver la sortie

du malade. En effet, certains convalescents retirent un grand bénéfice du contact avec leur milieu naturel, à condition de le doser avec prudence et discernement. Au sortir d'un traitement par les grands moyens (thérapeutique convulsive, insulinothérapie) la personnalité est en pleine reconstruction, en remaniement, en réajustement psychiques, et présente une réceptivité particulière vis-à-vis de l'ambiance. Les facteurs fâcheux qui avaient précipité l'entrée, viennent faire obstacle à la réussite de la sortie. Par contre, les visites d'une famille compréhensive d'abord, le retour au foyer ensuite, le replongent dans l'atmosphère normale et facilitent la rééducation. Le bain prolongé dans la vie des salles d'asile est néfaste ; l'adhésivité au milieu, si chèrement payée, s'exerce à contre sens.

OBSERVATION N° 46.

W... Geneviève, 29 ans, sténo-dactylographe, confusion mentale, avec agitation motrice. Oligurie, troubles de la diurèse, obésité localisée au bassin. Ces phénomènes s'amendent à la suite d'un traitement par extrait d'hypophyse total. Cependant l'instabilité psychomotrice persiste, avec, pendant trois mois, mutisme ou réponses à côté, ou discordantes. Rendue à sa famille. Geneviève se met rapidement en bonne voie de guérison, avec la récupération totale de ses capacités de dactylographie. Au bout de 3 semaines, elle reprend sa place au bureau, avec un excellent rendement.

OBSERVATION N° 47.

D... Marie-Jeanne. Psychose périodique atypique évoluant par poussée catatoniformes avec instabilité, agitation, discordances, alternant avec mutacisme. A la suite d'une cure insulinique, ces manifestations disparaissent peu à peu. Cependant, la malade reste instable, bizarre. Reprise par

sa mère, Marie-Jeanne marque un retour rapide à la normale, reprend son activité professionnelle, avec des résultats fort satisfaisants.

OBSERVATION N° 48.

M... T. Jeanne, domestique, divorcée. Psychose hallucinatoire avec anxiété et idées de persécution intenses et violentes. Tentative de suicide, mutisme. A la suite d'une série de cardiazol, l'on note une amélioration très importante : la malade sort de son mutisme, s'intéresse à son entourage, demande à travailler. L'on envisage sa sortie prochaine, mais la famille ne tient pas à son retour au foyer que Jeanne croit très proche. Malgré l'insistance du médecin, la famille s'esquive d'abord et finit par se récuser. La malade déçue et découragée, attribue son séjour injustifié à la mauvaise volonté du médecin. Au bout de 6 semaines, rechute. La nouvelle série de cardiazol, quelque temps après, amène une amélioration, mais la famille se montre inexorable.

L'INCRUSTATION A L'ASILE

Cependant, il existe une indication de maintien à l'asile des malades qui désirent y rester. Quelques-uns de nos sujets trouvent *intra muros* un mode de vie à la mesure de leurs possibilités psychiques. Toutefois, il convient de préciser qu'il s'agit là d'un aménagement fortuit d'une existence individuelle. Tous les asiles offrent, à titre exceptionnel, une place à tel ou tel autre malade qui manifeste quelques aptitudes et un certain sens de responsabilité. Ces malades trouvent des cadres de vie réduite à l'intérieur desquels ils exercent leur modeste activité. Ils font partie du décor local auquel ils sont parfaitement adaptés et intégrés. Ainsi, nombreux sont les psychiatres qui ont été fidèlement servis par cette gouvernante de salle de garde de

Maison-Blanche, aujourd'hui octogénaire. Elle accomplit ses fonctions depuis près de trente ans et jouit d'un grand prestige auprès des autres malades, du personnel hospitalier et de sa propre famille. Clarisse évite toute allusion au temps de sa maladie et considère son séjour à Maison-Blanche comme définitif. Ces cas rejoignent ceux qu'ont étudiés récemment DAUMEZON et CASSAN de malades guéris enracinés à l'asile (*Annales médico-psychol.*, avril 1941) et les internements volontairement prolongés décrits par René Charpentier (*Annales*, juin 1941).

OBSERVATION N° 49.

J... Geneviève, née en 1906 à Troyes, célibataire sans enfant, bonne à tout faire, internée en 1935, pour épilepsie. La photo de l'époque montre un faciès lourd, figé, les yeux troubles, l'expression d'hébétude habituelle chez les épileptiques après crise. Les certificats d'entrée constatent « épilepsie, incapacité sociale, dépression secondaire avec idées de suicide, à la suite d'une déception sentimentale » « Un des certificats » (Dr SCHIFF) note en plus : « débilité sous-jacente. Hérédité vésanique. Spécificité congénitale possible. Antécédents héréditaires : Mère probablement psychopathe. Au physique, on note faciès figé, d'importants troubles vaso-moteurs.

Pendant la classique quinzaine au lit, les troubles les plus importants ont vite fait de s'amender. Des manifestations comitiales, seule l'énurésie persiste quelque temps. Y a-t-il du vrai délire ? A peine. Tout se passe comme si la malade constitutionnellement prédisposée aux troubles mentaux, avait fait un épisode aigu déclenché par une déception d'ordre sentimental qui aurait rendu plus manifeste son incapacité révélée au contact avec les exigences de la vie sociale. La malade a la conscience douloureuse des rapports sociaux difficiles. « Je suis coléreuse, méchante, je n'ai rien appris, je suis découragée. » Sur un fond de débilité, chez cette malade suggestible, les idées délirantes

indigentes se greffent sur le sentiment d'anxiété que la déficience intellectuelle permet d'interpréter de la sorte.

Affectivité normale, teintée de sensiblerie, bonnes relations avec la famille. Bien qu'ayant gardé sa place de domestique pendant quatre ans, c'est l'épreuve du travail qui se montre au-dessus de ses moyens. Ce sont là des idées d'auto-accusation banales chez une déprimée, mais néanmoins, elles constituent le noyau central d'un complexe d'infériorité né de l'expérience de son insuffisance.

A l'asile, Geneviève perd vite jusqu'au souvenir de ses crises. Calme et propre, elle travaille d'abord à la buanderie, ensuite chez le directeur, à l'internat, chez les Médecins. Cet « emploi » chez les notables lui confère quelque prestige auprès de ses camarades et sa vanité de débile y puise une grande satisfaction. Elle a une conception toute personnelle de ses fonctions et de ses devoirs, obéit rarement aux ordres reçus. Aucun sentiment d'infériorité ne l'habite plus. Aux lamentations de naguère s'est substituée une mythomanie puérile ; elle excelle en tous travaux, tout le monde a recours à ses services, etc. C'est en 1940, une fille de 30 ans, robuste et avenante. On l'imagine aisément installée dans une petite communauté rurale avec une destinée déterminée par l'ambiance et l'encadrement familiaux plus ou moins favorables : fermière ou journalière ; mère de famille ou fille-mère.

Cependant Geneviève ne pense pas quitter l'asile. Elle parle de son passé avec discrétion et même réticence, l'idée du dehors lui fait peur. La vie est trop dure, finit-elle par avouer. Elle refuse d'aller à Dun, sensible aux liens familiaux qui la retiennent à Paris, mais se rend compte de l'impossibilité d'imposer sa présence à sa famille. Elle préfère rester à l'asile, comme si, dans son for intérieur, elle avait la sage et instinctive mesure de ses possibilités.

On pourrait rapprocher ce cas de « psychoses de la liberté » dont parle COURBON (26), de ces malades pour qui, suivant cet auteur, « la liberté est, en somme, la condition

même de l'effondrement de leur équilibre psychique » et qui « garde la raison à l'abri d'un tuteur ».

L'internement, nous venons de le voir, est une mesure d'éviction, une réaction de défense de la société organisée, il est secondaire à la rupture du lien social entre le malade et la collectivité. La rupture du contrat social en est la conséquence pratique. Ce phénomène est imputable en premier lieu à la mentalité morbide du sujet.

Cependant les critères actuels qui déterminent la qualité d'aliéné, débordent la formule traditionnelle « dangereux pour lui-même et pour son entourage. Pour le médecin, les motifs d'internement de cette catégorie sont un signe alarmant. L'incapacité économique à elle seule ne saurait constituer une raison suffisante de privation de liberté. Les incapacités sociales partielles sont le lot d'un grand nombre de sujets qui ne devraient pas, à ce seul titre, devenir des épaves et des déchets grévant d'une lourde hypothèque le présent et l'avenir de la nation.

La rupture du contrat social vient de la collectivité chaque fois qu'elle refuse, par son organisation, les conditions préalables indispensables pour assumer le rôle social. Le chômage en est un exemple pour l'individu : il en est de même de la famille lorsque l'ensemble de conditions de vie élimine du foyer les débiles, les séniles, des déficients légers de toutes sortes.

L'on peut également se demander si l'exigence d'autonomie économique individuelle, comme base de l'organisation sociale, est tout à fait rationnelle, si elle répond à la structure naturelle des collectivités humaines. Ne faudrait-il pas lui substituer plutôt la notion de l'indépendance de la cellule initiale, c'est-à-dire de la famille.

La biologie ignore l'hermétique étanchéité des chiffres et la rigidité des conceptions théoriques : toute communauté familiale comprend des individus différemment armés pour le combat de l'existence. C'est à l'ensemble à main-

tenir un niveau de vie suffisamment élevé pour assurer la protection de ses faibles.

Nous voyons se poser sous nos yeux un problème dont l'acuité ira en s'accroissant avec l'augmentation des exigences sociales, et dont la solution se rattachera à l'organisation d'une assistance d'ensemble aux diverses catégories d'incapables sociaux. Les mêmes facteurs qui agissaient avant l'internement imposent encore certaines conditions pour la sortie.

Conclusions

Au cours de cet ouvrage, nous avons tenté de suivre le malade mental à travers les avatars de la vie sociale, en commençant par son ambiance familiale d'origine. Nous l'avons vu aux prises avec les problèmes essentiels de l'existence ; celui du travail par exemple, avec les responsabilités résultant de la création du foyer, etc... Il va de soi que cette sommaire reconstruction ne saurait être qu'incomplète. Cependant, il nous semble utile d'en dégager quelques conclusions.

Ce sont les facteurs sociaux qui déterminent, en premier lieu, la qualité même d'aliéné. BIRNBAUM (10) définit le psychopathe comme un être dont la structure psychologique est incompatible avec les exigences et les conditions de la vie sociale. Et voici la définition de l'aliénation de DUPRÉ. « Le psychopathe est un aliéné, quand son état cérébral aboutit, dans le domaine de l'action, à des manifestations étrangères à la mentalité de son groupe et nuisible à l'ordre et à la sécurité des personnes. La qualité même d'aliéné varie donc en fonction directe des conditions, des exigences et de la mentalité du groupe, elle est essentiellement variable, soumise à toutes les fluctuations de la mentalité collective, toute relative, dans les temps et dans l'espace.

Toutes sortes d'éléments interviennent dans la genèse de troubles mentaux, en dehors de facteurs sociaux, économiques, religieux. Nous partageons l'avis de M. MIN-

KOWSKI (53) pour qui toute conception unilatérale intéressant le domaine des troubles mentaux doit être réduite aux proportions d'une fiction qui devrait être remplacée par une vaste synthèse.

Cependant, l'époque actuelle apparaît particulièrement propice à l'éclosion de troubles mentaux, du fait de l'instabilité des conditions de l'existence. La civilisation moderne paraît être génératrice du déséquilibre conditionné, suivant PAULHAN (59), par la dissociabilité et l'instabilité de ses éléments, la mise en œuvre des puissances mécaniques, sans souci de régulation de ces forces par rapport à l'homme. Les désordres psychiques créés par le chômage, par l'isolement vont en croissant. La désorganisation de vie familiale entraîne la formation des structures psychiques défectueuses.

D'après certains auteurs de l'école allemande moderne, la symptomatologie fonctionnelle chez les psychopathes n'est qu'une localisation qui traduit en un langage physiologique les troubles de la fonction psycho-sociale. L'organe atteint serait toujours celui auquel la vie sociale a imposé la plus grande contrainte, le plus grand surmenage, Suivant WEIZSACKER (10), ces synergies sont tellement manifestes, que les troubles de la fonction sociale se traduiraient par l'atteinte des organes de la vie de relation. Sans aller jusqu'à l'ultime limite de ces considérations, l'on peut et l'on doit constater la fragilisation du système nerveux, du cerveau, organe central qui préside à la vie de relation, dans l'acception la plus large de ce terme.

Quelles sont les directives pratiques qui en découlent pour le psychiatre ? Tout d'abord des mesures d'hygiène et de prophylaxie.

Son effort doit porter sur la surveillance et l'assainissement de l'ambiance à domicile qui s'avère de si grande signification pour la destinée sociale de l'individu, par

l'organisation rationnelle et extension des services d'Assistance sociale. L'on devra placer ces services sous le contrôle du médecin qui, seul, saura assurer la synthèse indispensable pour l'utilisation rationnelle de ce nouvel outil. Comme tout autre moyen auxiliaire, comme les données de la radiologie ou celles du laboratoire, les investigations du service d'Assistance Sociale ne sauraient donner leur pleine efficacité qu'entre les mains du médecin compétent.

La formation d'un personnel d'Assistance sociale spécialisé devrait s'assigner comme tâche le dépistage des ambiances familiales psychogènes, le dépistage précoce de petits mentaux et de prédisposés de l'enfance réputés difficile, puisque, comme le dit à juste titre DAMAYE (30), la psychose constitutionnelle s'installe insidieusement et que la pathologie manque encore d'étude sur les futurs déli-rants, les futurs grands mentaux.

A l'entrée et à la sortie, un triage de malades serait utile suivant qu'ils relèvent d'un établissement spécialisé, d'un milieu de vie réduite, du type de colonies familiales ou si la réintégration dans son milieu d'origine est à envisager. Dans ce cas, la liaison avec un service de surveillance sociale devrait être établie.

La multiplication des services ouverts de psychiatrie et de consultations contribuerait utilement au dépistage et encouragerait la population à faire soigner les troubles mentaux, sans l'appréhension de se voir appliquer la loi 38. L'extension de cette sorte de soins pourrait faire admettre au grand public l'idée que la vulnérabilité du système neuro-psychique est comparable à celle des autres organes et systèmes, avec ses épisodes aigus et curables. Cela aiderait à combattre le préjugé de maladie mentale honteuse, tare indélébile de pronostic fatal, conception qui, maintes fois, empêche de diriger le malade chez le praticien spécialisé à l'époque initiale de son affection, la plus accessible au traitement.

Sur une plus grande échelle, la décentralisation de la vie devrait être préconisée qui rendrait possible l'organisation de l'existence individuelle plus en rapport avec les possibilités et les besoins psychiques de chacun. Le conformisme excessif, une des nécessités de l'organisation économique et sociale sous le signe de la centralisation, laisse peu de marge à ces variantes de mentalités même normales que l'on pourrait nommer les formes cliniques du psychisme moyen. Il en résulte une contrainte abusive et le nombre de déchets de la vie sociale paraît aller en croissant. Cet effet est préjudiciable au double titre de phénomène quantitatif et de phénomène qualitatif ; la société a-t-elle intérêt à éliminer systématiquement ses réfractaires de toutes sortes ? les émotifs, les passionnés, ceux qui ne sont pas mûs par la recherche exclusive de l'intérêt matériel, et qui, pourtant, demeurent une source possible de création artistique, scientifique, de rénovation des formes de la vie ?

Vu : Le Président de la thèse,
M. DUVOIR.

Vu : le Doyen,
A. BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Gilbert GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

1. ABELY (X). — Internement des arriérés sociaux. *Annales médico-psychologiques*, 1934.
2. ADAM (Frantz). — Des internements abusifs. Contribution à l'étude de l'assistance aux aliénés. Thèse Lyon, 1912.
3. AMELINE. — Hypochondrie, guérisseuses. *Ann. méd.-psych.*, 1931.
4. ARNAGA. — Mise en valeur des facteurs biologiques et sociologiques dans les réactions antisociales des mineurs. *Revista psiquiatria u criminologia Buenos-Ayres* (Cf. *Ann. M.-P.*).
5. BEAUDOIN, MARTIMOR, LACASSAGNE, DEVALLET. — Le délire conjugal. *Ann. méd.-psy.*, 1937 (Commun. à la S. M.-P.).
6. BENDER et JARREL. — Psychoses among Followers of Father Divine. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, avril 1938.
7. BERSOT. — Age et forme des malades mentaux entrés dans les établissements psychiatriques. *Schweiz. Mediz. Wochenschrift.*, 1936, n° 1.
8. — Les aliénés en Europe. *Ann. méd.-psych.*, 1936 (Cours à la S. M. P.).
9. BILLOD. — Du mariage des personnes névropathiques. *Ann. méd. psych.*, 1880.
10. BIRNBAUM. — Soziologie des Neurosen. Berlin, 1935.
11. BLUM (S.). — Hygiène mentale du travail et prophylaxie des accidents.
12. BON (J.). — Les origines sociales de la maladie, 1908.
13. BRENUGAT. — Contribution à l'étude des rapports entre la tuberculose et psychopathies. Thèse Paris, 1939.
14. BUNGE. — Principes de psychologie individuelle et sociale.
15. CAUSSE (Ch.). — Les internements évitables. Thèse Toulouse, 1937.
16. CHARPENTIER (R.). — Aliénation mentale et criminologie. *Enc.*, 1913.

17. CODET. — Atteinte psychopathique dans les crises sociales. *Presse méd.*, 1938.
18. COLIN. → Les habitués des asiles. *Ann. méd.-psych.*, 1940.
19. CONSTANTINESCO et SROICESCO. — Troubles mentaux à réactions antisociales survenues tardivement à la suite d'un traumatisme cérébral. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, 1937.
20. COURBON. — Les mentalités paradoxales. *Journal de Psychiatrie*, 1925.
21. — Anatopisme mental et délinquance. *Ann. méd.-psych.*, 1932.
22. — Colère pathologique, internement. *An. méd.-ps.*, 1932.
23. — Les séquestrations volontaires et les psychoses de la liberté. *Ann. méd. psych.*, 1921.
24. — De l'influence de la guerre sur la participation des psychopathes à la vie sociale. *Ann. méd.-psych.*, 1923.
25. — La séquestration d'un vieillard dans son domicile par parasitisme défensif d'une prostituée persécutée. *Ann. méd.-psych.*, 1929.
26. — Du rôle capital du milieu social dans la genèse de certaines psychoses et de l'opportunité de l'internement prophylactique. *Ann. méd.-psych.*, 1930.
27. COURBON et ASSUAD. — Guérison et réembauchage de psychopathes. *Ann. méd.-ps.*, 1921.
28. COURBON et MENDER. — Manies pré- et post-nuptiales. *Ann. méd.-ps.*, 1929.
29. COURBON et NOEL. — Le rôle de la constitution mentale sur les avatars sociaux de l'existence. *Ann. méd.-ps.*, 1928.
30. DAMAYE. — Psychiatrie sociologique.
31. DATTON. — Travail anormal, facteur de la déficience. *Ann. méd.-psych.*, 1931.
32. DELAGE. — La notion de néo-sociabilité des aliénés. Thèse Paris, 1940.
33. DELASIAUVE. — Du mariage des épileptiques. *Ann. méd.-ps.*, 1880.
34. DUPOUY. — Les aliénés en liberté. *Ann. méd.-ps.*, 1935.
35. DUPOUY et LECOMTE. — Conséquences psychopathiques des mouvements sociaux actuels. *Ann. méd.-psych.*, 1937 (comm. à la S. M. P.).

36. FALKOWSKI. — Les névroses comme facteurs de la vie sociale. *Rocznik psychiatryczny*, fasc. XXXI, 1933.
37. FROST (Isaac). — Nostalgie et psychoses des immigrants. *The Journal of mental sciences*, sept. 1938.
38. GADELIUS. — Epilepsie et mariage. *Ann. méd.-ps.*, 1931.
39. GILLES. — Démêlés familiaux des psychasténiques. *Ann. méd.-ps.*, 1932.
40. HELLPACH. — Geopsyche. Engelmann. Leipzig, 1935.
41. HUBERT. — Les sciences sociales de l'encyclopédie.
42. ICCHOK. —
43. ISRAËLI. — Outlook upon the futur of British unemployed mental patients. Social science research council, New-York.
- 44.
45. JOLLY. — Aliénation mentale dans l'armée allemande pendant la dernière guerre. *Ann. méd.-psych.*, 1873.
46. JUQUELIER et FILASSIER. — Quelques résultats d'une enquête sur le mariage et la vie conjugale de mille aliénés parisiens. *Ann. méd.-psych.*, 1913.
47. LEGRAND DE SAULLE. — De l'insalubrité de l'atmosphère des cafés et de son influence sur le développement des maladies cérébrales. *A. M. P.*, 1861.
- 48.
49. LEDESDOUF. — De la question des aliénés au point de vue social et des moyens de parer à l'invasion de la folie. *Ann. méd.-psych.*, 1871.
50. LEROY et DUCLOS. — Un ménage d'aliénés. Présentation de malades à la Société Clinique de Médecine mentale. *Ann. méd.-psych.*, 1914.
51. MARIE (Auguste). — Les habitués des asiles. Congrès des aliénistes à Pau, 1904.
52. MARTIAL (R.). — L'aliéniste et ses rapports avec l'immigration. *Ann. méd.-psych.*, 1934.
53. MINKOWSKI (M.). — Les conditions contemporaines culturelles et sociales des névroses. *Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, 1936.
54. MIRA. — Le rôle des conditions sociales dans la genèse des troubles mentaux. 2^e Congrès International d'Hygiène mentale. Paris, 1937.

55. MOREL. — Le délire panophibique des aliénés guérisseurs. *Ann. méd.-psych.*, 1871.
56. MORGENTHALER. — Les perturbations de la vie conjugale. *Arch. suisses de Neurologie et de Psych.*, XXXV, 1935.
57. NATHAN. — Les psychoses évitables.
58. OVERGAARD. — Emigration et folie. *Ann. méd.-psych.*, 1933.
59. PAULHAN. — L'homme et sa condition. *Ann. méd.-psych.*, 1933.
60. PELLEGRINI. — La folie chez les douaniers. *Ann. méd.-psych.*, 1894.
61. PLOTON. — La folie à Saint-Etienne. Thèse Lyon, 1903.
62. POESCU. — Les facteurs sociaux dans le mécanisme de l'hystérie. *Bulletin de la Société de Psych. Bucarest*, 1936.
63. RABAUD. — Phénomène social et manifestations collectives. *J. de Psych.*, 1934.
64. RAMADIER et FENAYRON. — De la criminalité chez les aliénés de l'Aveyron. *A. M. P.*, 1898.
65. RÉMOND et LAGRIFFE. — De la valeur sociale des dégénérés. *Ann. méd.-psych.*, 1901.
66. RITTI. — Etude de la folie au point de vue social. *La Phil. posit.*, 1876.
67. ROBINSON et CAULY. — Les facteurs émotifs comme causes morbides dans l'industrie. *Arc. de Méd. Soc. et d'Hyg. et Rev. de Pat. et de Physio. du Travail*.
68. ROGUES FURSAC (de), ABELY, FRÉTET et ROHU. — Les mères bourreaux de leurs enfants. *Ann. méd.-psych.*, 1936 (Com. à la S.).
69. RONNEY. — Sur une forme d'aliénation particulière aux immigrants de New-York. *Ann. méd.-psych.*, 1852.
70. ROSSIGNOL. — Etude sur les détenus et les prostituées de la Maison de Saint-Lazare. Thèse Paris, 1856.
71. ROUBINOVITCH. — Transplantations familiales de l'enfant. *Ann. méd.-psych.*, 1931.
72. SAVAGE. — Du mariage chez les sujets névrosiques. *Ann. méd.-psych.*, 1885.
73. — De l'influence du milieu sur la production de la folie. *Ann. méd.-psych.*, 1853.
- 74.
75. STRUMANN. — Le caractère prépsychosique de différents psycho-

- pathes. *Zeitschrift fuer die gesamte neurologie und psychiatrie*, 1926, n° 4 et 5.
76. TOULOUSE. — Emigration et folie. *Ann. méd.-psych.*, 1912.
77. VALENSI. — L'actualité et les psychoses. *L'avenir médical*, 1935.
78. VAN DER HOEVEN. — La psychiatrie et le criminel. Cong. hollando-belge, 1934.
79. VÉGA. — Le mariage contribue-t-il à la folie. *Ann. méd.-psych.*, 1872.
80. — Le célibat prédispose-t-il à la folie. *Ann. méd.-psych.*, 1870.
81. — De l'influence du veuvage sur la folie. *Ann. méd.-psych.*, 1873.
82. WEIZSAECKER. — Soziale Krankheit und soziale Gesundheit. Berlin, 1930.
83. VIÉ (J.). — Quelques terminaisons des délires chroniques. *Ann. méd.-psych.*, 1939.
- 84.
85. VIÉ (J.) et QUÉRON. — Travaux et occupations des pensionnaires de la colonie familiale d'Ainay-le-Château. *Aliéniste français*, 1935.
86. VIÉ (J.), FEIL et OPOLON (Mme). — Chômage et psychopathie. Comm. à l'Acad. de Méd.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	7
CHAPITRE I. — De l'origine.	
Quelques données statistiques.....	13
Anatopiques. Ruraux de passage.....	17
Transplantés, déracinés.....	20
CHAPITRE II. — Rapports avec l'ambiance.	
Isolement :.....	28
— Vies à cheval sur les différents modes de l'assistance.....	37
Les rapports des psychopathes avec le milieu familial.....	41
— Vie conjugale et facteurs sociaux.....	50
CHAPITRE III. — Rapports avec les groupements divers.	
Besoins de cadres sociaux chez les psychopathes.....	72
Associations d'occultisme.....	73
Associations politiques et religieuses.....	77
CHAPITRE IV. — Travail et moyens d'existence.	
Epreuve du travail	79
Le chômage	89
Le travail et les conditions de vie.....	92
CHAPITRE V. — De l'internement.	
La rupture du lien social	96
Les motifs de l'internement.....	97
Internements évitables	101
La sortie.....	103
L'incrustation à l'asile.....	105
CONCLUSIONS.....	110
BIBLIOGRAPHIE	114

